



FACULTAD DE MEDICINA
PROGRAMA DE MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA

**SALUD AUTOPERCEBIDA Y CALIDAD DE VIDA
RELACIONADA CON LA SALUD EN POBLACIÓN
INMIGRANTE Y AUTÓCTONA RESIDENTE EN
MADRID DESDE UNA PERSPECTIVA DE GÉNERO**

TESIS DOCTORAL

Pilar Serrano Gallardo
2008



FACULTAD DE MEDICINA
PROGRAMA DE MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA

**SALUD AUTOPERCIBIDA Y CALIDAD DE VIDA
RELACIONADA CON LA SALUD EN POBLACIÓN
INMIGRANTE Y AUTÓCTONA RESIDENTE EN
MADRID DESDE UNA PERSPECTIVA DE
GÉNERO**

TESIS DOCTORAL

Pilar Serrano Gallardo
Madrid, 2008

Directores:
D. Ángel Otero Puime y D. José Manuel Díaz Olalla



FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA Y MICROBIOLOGÍA
C/ Arzobispo Morcillo 4 28029 Madrid

**ÁNGEL ANTONIO OTERO PUIME, PROFESOR TITULAR DE MEDICINA
PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA**

INFORMA que D^a **Pilar Serrano Gallardo** ha realizado bajo mi dirección y la del **Dr. José Manuel Díaz Olalla**, la Memoria de Investigación titulada “**Salud autopercebida y calidad de vida relacionada con la salud en población inmigrante y autóctona residente en Madrid desde una perspectiva de género**”, para optar al Título de Doctora en Medicina y Cirugía.

Y para que conste y a los efectos oportunos, lo firmo en Madrid a diecisiete de Septiembre de de dos mil ocho.

A Amara

AGRADECIMIENTOS

Quiero expresar mi agradecimiento a Ángel Otero y José Manuel Díaz Olalla, directores de esta tesis, por el apoyo que me han brindado y por la confianza que han demostrado tener en mí trabajo.

A Soly Santiago por estar siempre ahí, en disposición de proporcionarme sus oportunas e imprescindibles orientaciones en el terreno de los análisis estadísticos, pero también la bonita relación que nos une.

A Adrián Buzzaqui por haberme brindado en todo momento elementos para la reflexión y el análisis crítico, por sus siempre pertinentes observaciones y por la sólida amistad que siempre me ha demostrado.

A Julia del Amo por sus expertas recomendaciones en el ámbito de estudios de inmigración y género, así como por la accesibilidad que siempre me ha mostrado.

A Javier Segura por las revisiones de parte de este trabajo, especialmente las relacionadas con las desigualdades en salud, así como por su estímulo y motivación para seguir adelante con la tarea en los momentos difíciles.

A Isabel Salcedo y Marta Álvarez por su inestimable y desinteresado apoyo logístico en la conformación final de esta tesis.

A Francisco Bolumar por sus expertos consejos a la hora de realizar parte de esta memoria de investigación.

A Xavier Bonfill y Luis Lizán por sus sabias orientaciones metodológicas relacionadas con el estudio de la calidad de vida relacionada con la salud.

Al Ayuntamiento de Madrid por haberme permitido acceder a los datos de la Encuesta de Salud de la ciudad de Madrid 2005, sin los cuales hubiera sido imposible realizar esta tesis.

A mis compañeras de trabajo, tanto en la Escuela de Enfermería como en la Revista Metas de Enfermería, y especialmente a Ana Giménez, Pilar Arroyo y Mercedes Martínez por su ayuda incondicional en todo este proceso y por sus sabios consejos tanto en el ámbito técnico como en el personal, que me han permitido no desalentar en los periodos más duros.

A mis queridas amigas y amigos por encontrarlos cuando los necesité.

Y por último a mi familia, y especialmente a mis padres y a Amara por su paciencia, su amor y su entrega.

ÍNDICE GENERAL



1. INTRODUCCIÓN GENERAL	Pág. 11
1.1. SALUD AUTOPERCIBIDA Y CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD (CVRS)	12
1.1.1. Concepto y Evolución histórica	12
1.1.2. Instrumentos utilizados para la medición de la salud autopercibida y la CVRS	16
1.2. INMIGRACIÓN Y SALUD	20
1.2.1. Aspectos demográficos de la población inmigrante en España	21
1.2.2. Determinantes de salud de la población inmigrante	24
1.2.2.1. Determinantes de salud vinculados al país de origen y al proceso de tránsito	24
1.2.2.2. Determinantes de salud vinculados al país receptor	27
1.2.3. Estado de salud de la población inmigrante	30
1.2.3.1. Salud Mental	30
1.2.3.2. Salud percibida	31
1.2.3.3. Salud Materno-infantil	32
1.2.3.4. Problemas de salud relacionados con las infecciones	33
1.3. SALUD Y GÉNERO	35
1.3.1. Cuestiones de índole socioeconómica y cultural vinculadas al género	36

1.3.2. Problemas de salud	38
1.3.2.1. Enfermedades cardiovasculares	38
1.3.2.2. Infección por VIH y Sida	41
1.3.2.3. Cáncer	42
1.3.2.4. Salud Mental	43
1.3.3. Atención Sanitaria	45
2. JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS	48
3. METODOLOGÍA GENERAL	52
4. SALUD AUTOPERCIBIDA Y FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS EN POBLACIÓN ADULTA URBANA RESIDENTE EN MADRID	56
4.1. Introducción	57
4.2. Metodología	59
4.3. Resultados	63
4.4. Discusión	75
5. CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN POBLACIÓN ADULTA URBANA RESIDENTE EN MADRID. VALORES POBLACIONALES DE REFERENCIA	82
5.1. Introducción	83
5.2. Metodología	85
5.3. Resultados	87

5.4. Discusión	98
6. DISCUSIÓN GENERAL	101
6.1. Discusión del método	102
6.2. Discusión de los resultados	105
6.2.1. CVRS/Salud autopercebida, inmigración y género	105
6.2.2. La medición de la salud autopercebida y la CVRS en la práctica clínica	109
7. CONCLUSIONES	112
7.1. Conclusiones capítulo 4 (objetivos 1 y 2)	113
7.2. Conclusiones capítulo 5 (objetivos 3 y 4)	114
8. RESUMEN	116
8.1. Resumen capítulo 4 (objetivos 1 y 2)	117
8.2. Resumen capítulo 5 (objetivos 3 y 4)	118
9. ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS	120
9.1. Índice de tablas	121
9.2. Índice de figuras	123
10. BIBLIOGRAFÍA	125
11. APÉNDICE: publicaciones de esta tesis	141
11.1. Trabajo publicado	
11.2. Trabajo en prensa	
11.3. Trabajo en proceso de evaluación	

1. INTRODUCCIÓN GENERAL

1.1. SALUD AUTOPERCIBIDA Y CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD

1.1.1. Concepto y evolución histórica

El interés por conocer la opinión de los pacientes acerca de su salud nace de lo que ha venido a llamarse Investigación de Resultados en Salud (IRS). En los primeros momentos, este movimiento estaba especialmente dirigido a la investigación con fármacos, tanto la evaluación de tecnologías sanitarias como a los resultados informados por los propios pacientes (“medidas centradas en el paciente” o “patient report outcomes”). Las medidas centradas en el paciente o declaradas por éste, enmarcadas dentro de la IRS, se vinculan estrechamente a la corriente economicista que especialmente a partir de la década de los 70 se preocupa por el gasto sanitario. La valoración que de su salud hace el propio paciente sería, entre otros factores, lo que debería de guiar la priorización, la prestación de bienes y servicios sanitarios¹. En cierto modo, detrás de este planteamiento también están ideas de marketing, dado que el usuario se convierte en consumidor, y su opinión es trascendental para que el producto (tecnología sanitaria) sea consumido.

La OMS define calidad de vida como *la percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, valores y preocupaciones*². Según los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades de EEUU, la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), en Salud Pública y en Medicina, *se refiere a la manera como una persona o grupo de personas percibe su salud física y mental con el pasar del tiempo*³. Para Schumaker, Elis y Naughton⁴ es *la percepción subjetiva, influenciada por el estado de salud actual, de la capacidad para realizar aquellas actividades importantes para el individuo*.

Desde sus inicios, la medición de la CVRS se vinculó fundamentalmente al cáncer y a las enfermedades crónicas, procesos en los cuales se ponía sobre todo de manifiesto que no era sólo importante añadir años a la vida, sino calidad a esos años. El primer trabajo que aparece en la base de datos Medline, ya hace ahora 20 años, sobre calidad

de vida y mortalidad, estaba centrado en los pacientes que han sido sometidos a trasplante cardiaco⁵.

Por otra parte, el mayor protagonismo de los pacientes en su propia salud en las últimas décadas también ha contribuido al desarrollo de instrumentos que permitan registrar su opinión, su percepción, como se sienten. Además en investigaciones clínicas y de los servicios de salud se ha podido demostrar que la calidad de vida está relacionada con la demanda de servicios, el cumplimiento terapéutico e incluso la esperanza de vida^{6,7,8,9};

Si bien todos los autores han coincidido en señalar el carácter multidimensional de la CVRS, e incluso en que las dimensiones física, psicológica y social son las protagonistas, (otras dimensiones serían la capacidad para realizar las actividades de la vida diaria, la función cognitiva, la situación económica, el bienestar general y la satisfacción con la vida^{1, 10}), no hay consenso en lo que a la interrelación entre las dimensiones se refiere. Nord¹¹ sugiere que las dimensiones se relacionan de manera jerárquica (Figura 1), de manera que si se altera el funcionamiento físico, esto conllevará una alteración en las funciones instrumentales, y esto a su vez un deterioro de la función social, lo cual provocará un empeoramiento en el ámbito psicológico y en última instancia esto será lo que lleve al sujeto a declarar que su calidad de vida es baja. Pero a la hora de la medición, en general, la mayoría de los instrumentos contemplan las dimensiones de manera independiente.

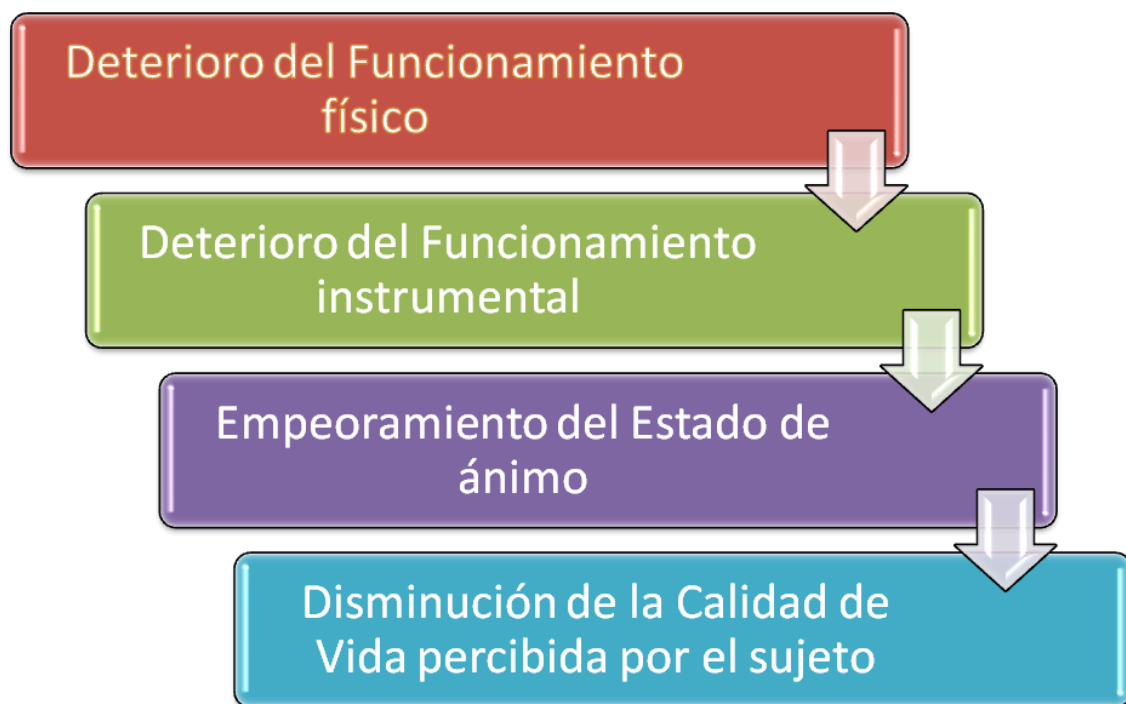


Figura 1: Estructura e interrelación de las dimensiones de la Calidad de Vida según Nord , 2001¹¹

Smith et al¹². llevan a cabo un estudio metaanalítico que presenta un modelo con las relaciones entre las dimensiones Salud Mental, Funcionamiento Físico y Funcionamiento Social y las puntuaciones globales de CVRS, Salud Autopercebida y Satisfacción con la Vida (Figura 2). También aportan pesos de cada una de estas tres dimensiones con la CVRS y con la Salud Autopercebida, concluyendo que tiene más peso la dimensión de la Salud Mental en la CVRS y menos en la Salud Autopercebida, donde tiene más impacto el Funcionamiento físico. Por otro lado, estos autores también señalan, en consonancia con lo planteado por Nord, que la salud mental o el funcionamiento psicológico absorbe el impacto de la dimensión social sobre la calidad de vida.

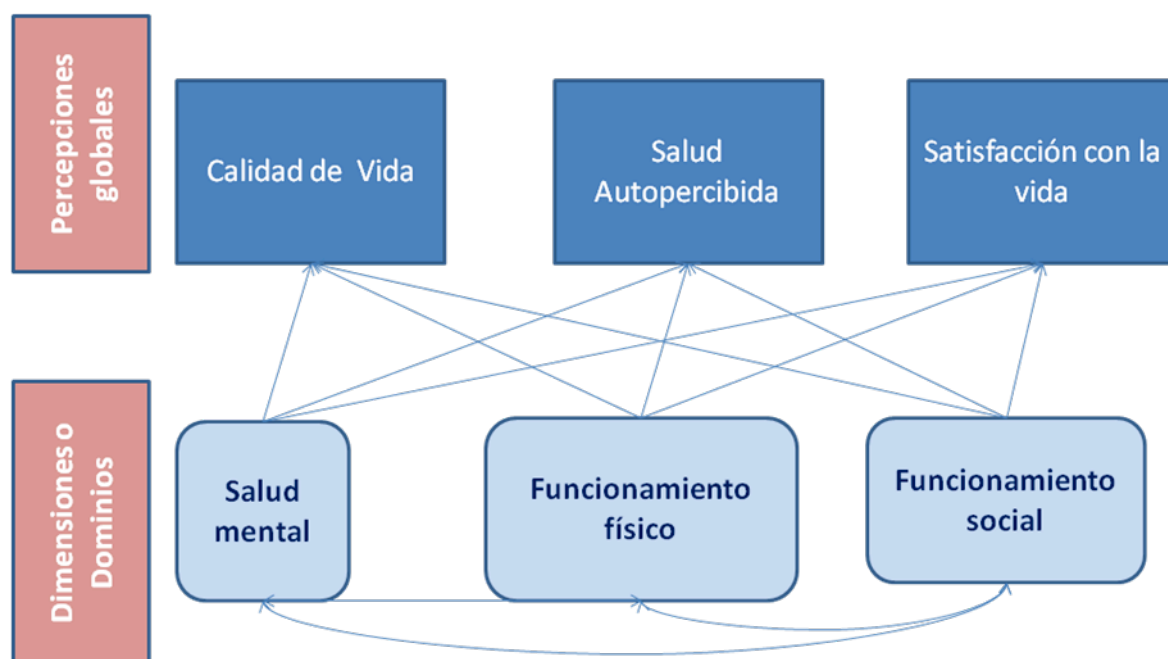


Figura 2: Relaciones entre las dimensiones o dominios de la calidad de vida en percepciones globales de la salud según Smith et al, 1999¹²

Tanto en las definiciones expuestas anteriormente de Calidad de Vida y de CVRS, como en los abordajes acerca de las dimensiones de estos conceptos, se ponen de manifiesto debilidades de índole conceptual. Algunos autores como Kind¹³ incluso han propuesto que la CVRS y el Estado de Salud son equiparables, pasando por alto las complejas conexiones entre estos dos macroconceptos, dado que por una parte el estado de salud se convierte en factor desencadenante para expresar una u otra percepción de calidad de vida, y por otra parte, percibir una u otra calidad de vida está también en función de otras esferas de la vida que no son exclusivamente tener o no tener problemas de salud o enfermedades.

En relación con lo anterior, y haciéndose eco de las limitaciones de las propuestas existentes, Bowling¹⁴ llevó a cabo un estudio en Gran Bretaña con el objetivo de responder a la pregunta: ¿estamos midiendo los dominios relevantes de la vida en las escalas de calidad de vida relacionada con la salud? Se le preguntó a una amplia

muestra probabilística mediante entrevista, acerca de aquello que era importante en sus vidas (dominios negativos y positivos). La relación con sus familiares era señalado como el dominio o dimensión más importante en sus vidas, seguido de la propia salud, la salud de las personas cercanas, y en tercer lugar la economía, el nivel de vida y la vivienda. Las enfermedades respiratorias, junto con las circulatorias y del corazón, eran reflejadas como las que más afectaban a sus vidas, sobre todo porque afectaban la capacidad para desenvolverse fuera de casa (compras, trabajo, vida social). A modo de conclusión el citado estudio reveló que muchas de las escalas que se utilizan para medir la CVRS no contemplan dimensiones o dominios que emergieron y/o se estaban utilizando ponderaciones que no tenían respaldo empírico.

El aspecto indiscutible en el que existe un claro consenso es en la incorporación de la percepción del propio sujeto como elemento crucial para aproximarse a la medición del concepto de salud o calidad de vida percibida.

1.1.2. Instrumentos utilizados para la medición de la salud autopercebida y de la CVRS

Para determinar el nivel de salud de la población se han empleado muchas estrategias metodológicas; entre ellas el conocimiento del estado de estado de salud autopercebido. La salud percibida, medida a través de una pregunta sobre la salud general entre excelente y mala, o de forma más elaborada a través de instrumentos que miden la calidad de vida relacionada con la salud, es un sólido indicador que ha demostrado un alto poder predictivo, asociándose de manera independiente de los diagnósticos clínicos y otros factores de riesgo a la mortalidad a medio plazo (entre seis y nueve años)^{6,8}.

La satisfacción con la vida también se ha utilizado como indicador global de CVRS, fundamentalmente desde el ámbito de la Psicología^{12,14}.

Los instrumentos diseñados para medir la CVRS se han venido clasificando como genéricos (aquellos que incluyen la totalidad de dimensiones de la CVRS y se utilizan en la medición genérica de la población) y específicos (aquellos que se centran en una dimensión en particular, por ejemplo la física, o también aquellos que se diseñan para

detectar las especificidades en un grupo de personas aquejados de una enfermedad concreta o con un rasgo particular (grupo de edad, factores de riesgo, hábitos,...), en los cuales se asume generalmente que la enfermedad o situación específica tiene un papel “causal” para determinada calidad de vida percibida⁸.

Los instrumentos genéricos permiten comparar entre diferentes tipos de personas con o sin enfermedad, pero poseen baja sensibilidad para detectar los cambios dentro de personas con cierta patología (bien el curso de la enfermedad o el impacto de determinada intervención sanitaria en estos sujetos). Los instrumentos específicos, poseen una alta sensibilidad para detectar cambios dentro de una enfermedad, y permiten estimar la repercusión de cierta intervención en la calidad de vida, ahora bien, no sirven para población general¹.

Además de la clasificación presentada anteriormente, otros autores, y desde una aproximación básicamente económica, añaden otra categoría que denominan Medidas de Utilidad. Se basa en las preferencias o utilidades que las personas asignan a cierto estado de salud, que se usaran para ajustar los años de vida, y especialmente para comparar el coste de producir, bajo diferentes tecnologías sanitarias, un año de vida ajustado por calidad de vida. En esta categoría es donde se ubican los Años de Vida Ajustados por Calidad (Quality Adjusted Life Years, QALYs)^{1,8, 15}.

En general existe bastante similitud en torno a las dimensiones que recorren los instrumentos llamados a medir la CVRS, especialmente los denominados genéricos. Un estudio previo realizaba una comparativa de cinco de los más utilizados en nuestro entorno, donde se muestra como tres dimensiones, funcionamiento físico (en concreto aspectos relacionados con la autonomía funcional), el funcionamiento emocional y el social, están presentes en todos ellos¹⁶.

En España, dentro del Instituto Municipal de Investigación Médica (IMIM) del Hospital del Mar (Barcelona) nace una iniciativa con la finalidad de recopilar y analizar todos los cuestionarios de Calidad de Vida y otros resultados percibidos por los pacientes para la población española, la biblioteca virtual BiblioPRO¹⁷. Actualmente están identificados 387 cuestionarios, de los cuales en 78 el concepto medido es calidad de vida, y en 15 de

los denominados genéricos, el concepto medido es la calidad de vida. De estos últimos, sólo dos se han generado originalmente en España, ocho (de los cuales cuatro son las versiones 1 y 2 de los cuestionarios SF-12 y SF-36) están adaptados a nuestro entorno y cinco están generados fuera de España y se desconoce su proceso de adaptación a nuestro país.

Entre estos instrumentos genéricos, cuyo concepto medido es la calidad de vida y que están adaptados al entorno español, se encuentran las viñetas COOP/WONCA (**W**orld **O**rganization of **N**ational **C**olleges, **A**cademies and **A**cademic **A**ssociations of **G**eneral **P**ractitioners/**F**amily **P**hysicians; la definición abreviada de WONCA es **W**orld **O**rganization of **F**amily **D**octors), desarrolladas por profesionales de una red de centros médicos comunitarios en el Noreste de USA^{18,19}, y que fueron adaptadas culturalmente al entorno español en 1999²⁰ (Figura 3).

Forma física

Durante las 2 últimas semanas...
¿cuál ha sido la máxima actividad física
que pudo realizar durante, al menos, 2 minutos?

Muy intensa (por ejemplo, correr de prisa)		1
Intensa (por ejemplo, correr con suavidad)		2
Moderada (por ejemplo, caminar a paso rápido)		3
Ligera (por ejemplo, caminar despacio)		4
Muy ligera (por ejemplo, caminar lentamente o no poder caminar)		5

Dartmouth Coop Functional Assessment Charts/WONCA
Copyright© Trustees of Dartmouth/Coop Project, 1995

Sentimientos

Durante las 2 últimas semanas...
¿en qué medida le han molestado problemas
emocionales tales como sentimientos de ansiedad,
depresión, irritabilidad o tristeza y desánimo?

Nada, en absoluto		1
Un poco		2
Moderadamente		3
Bastante		4
Intensamente		5

Dartmouth Coop Functional Assessment Charts/WONCA
Copyright© Trustees of Dartmouth/Coop Project, 1995

Actividades sociales

Durante las 2 últimas semanas...
¿su salud física y estado emocional han
limitado sus actividades sociales con
familia, amigos, vecinos o grupos?

No, nada, en absoluto		1
Ligeradamente		2
Moderadamente		3
Bastante		4
Muchísimo		5

Dartmouth Coop Functional Assessment Charts/WONCA
Copyright© Trustees of Dartmouth/Coop Project, 1995

Actividades cotidianas

Durante las 2 últimas semanas...
¿cuánta dificultad ha tenido al realizar
actividades o tareas habituales, tanto dentro
como fuera de casa, a causa de su salud física
o por problemas emocionales?

Ninguna dificultad		1
Un poco de dificultad		2
Dificultad moderada		3
Mucha dificultad		4
Toda, no he podido hacer nada		5

Dartmouth Coop Functional Assessment Charts/WONCA
Copyright© Trustees of Dartmouth/Coop Project, 1995

Cambio en el estado de salud

¿Cómo calificaría ahora su estado de salud,
en comparación con el de hace 2 semanas?

Mucho mejor	++	1
Un poco mejor	+	2
Igual, por el estilo	=	3
Un poco peor	-	4
Mucho peor	--	5

Dartmouth Coop Functional Assessment Charts/WONCA
Copyright© Trustees of Dartmouth/Coop Project, 1995

Estado de salud

Durante las 2 últimas semanas...
¿cómo calificaría su salud en general?

Excelente		1
Muy buena		2
Buena		3
Regular		4
Mala		5

Dartmouth Coop Functional Assessment Charts/WONCA
Copyright© Trustees of Dartmouth/Coop Project, 1995

Dolor

Durante las 2 últimas semanas...
¿cuánto dolor ha experimentado?

Nada de dolor		1
Dolor muy leve		2
Dolor ligero		3
Dolor moderado		4
Dolor intenso		5

Dartmouth Coop Functional Assessment Charts/WONCA
Copyright© Trustees of Dartmouth/Coop Project, 1995

Figura 3: Viñetas COOP/WONCA (Tomado de Lizán Tudela L y Reig Ferrer A)¹⁶

Las viñetas COOP/WONCA se ajustan a los puntos de consenso propuestos por el grupo WHOQOL (evaluación subjetiva, multidimensional, sensibilidad a los cambios y bipolaridad en las opciones de respuesta)²¹, pero además ofrecen una alternativa a otros

instrumentos de medición de la CVRS suponiendo una más fácil incorporación a la práctica clínica (específicamente en la Atención Primaria de Salud) por su sencillez, brevedad y fácil comprensión, garantizada a través de la representación visual¹⁸, teniendo esto un valor añadido en el momento actual, dado que las viñetas pueden salvar o aminorar el obstáculo que el idioma o las barreras culturales ligadas al lenguaje suponen para muchos de sus habitantes en entornos multiculturales. Las viñetas COOP/WONCA han sido administradas en España en diferentes grupos de pacientes y familiares^{22,23,24,25}, aunque no han sido aplicadas en estudios de base poblacional y con muestras probabilísticas.

1.2. INMIGRACIÓN Y SALUD

El fenómeno migratorio es una de las cuestiones protagonistas en el momento actual, tanto dentro de nuestras fronteras como fuera. El interés viene determinado por razones económicas fundamentalmente, si bien no se pueden dejar fuera del análisis factores demográfico y sociales (cultura, educación,...) y relacionados con la salud. Tal y como reflejan Jansá y García de Olalla²⁶, *el individuo inicia el proceso migratorio cuando adopta y lleva a efecto la decisión de migrar, como respuesta a factores de signo negativo que operan en el punto de partida, y a factores positivos en el punto de llegada.* La población inmigrante que viene recibiendo España en los últimos años responde fundamentalmente a esta definición; este proceso migratorio tiene como rasgos fundamentales: un elevado componente económico, que se produce de forma voluntaria (con el propósito fundamental de mejorar las condiciones de vida) y que es de largas distancias (no es movimiento intranacional).

En este apartado se expondrán aspectos demográficos, determinantes de salud de la población inmigrantes y estado de salud de esta población.

1.2.1. Aspectos demográficos de la población inmigrante

En lo relativo a la evolución demográfica de la población inmigrante, Jansá y García de Olalla²⁶ definen dos etapas claramente diferenciadas: 1era etapa (hasta 1998) en la que el crecimiento fue lento; desde 1975 hasta 1998 se triplicó representando el 1,3% del total de Estado (719.647 personas, sin incluir población no regularizada) al final de este periodo. 2da etapa (1999-2003) de rápido crecimiento; a mediados del 2003, la población extranjera suponía el 3,5% (1.448.671) de los habitantes del Estado.

Ubicándonos en el momento actual, la situación a fecha de 1 de enero de 2007²⁷, constan 4.519.554 sujetos de nacionalidad extranjera (2.395.685 varones y 2.123.869 mujeres), lo que supone el 9,9% de la población total residente en España (45.200.737). Dicho porcentaje asciende a 11,6% (5.249.993) si se tiene en cuenta el país de nacimiento y no la nacionalidad. A partir de ahora se tomarán para los distintos análisis los sujetos cuyo país de nacimiento no es España (5.249.993; 2.727.858 varones y 2.522.135 mujeres).

La distribución según país de origen pone de manifiesto que están prácticamente igualadas las procedencias de Europa y de América (39,4% y 39,3% respectivamente). Cabe resaltar respecto a Europa que sólo el 39% puede ser considerada inmigración económica atendiendo al país de origen (Bulgaria, Polonia, Rumanía, Rusia y Ucrania; el resto de países que podrían ser generadores de inmigración económica no han sido desglosados en este año por Instituto Nacional de Estadística), por lo que la principal región de la que España recibe población inmigrante económica es América del Sur, que supone el 85,6% del total de países americanos (Tabla 1).

	Mujeres	hombres	total
Europa inmigración económica*	390.360 (48,2%) (38,8%)	418.209 (51,8%) (39,2%)	808.569 (100%) (39%)
Resto de Europa	614.140 (48,6%) (61,2%)	648.094 (51,4%) (60,8%)	1.262.234 (100%) (61%)
Europa (total)	1.004.500 (47,1%) (100%) (39,8%)	1.066.303 (52,9%) (100%) (39%)	2.070.803 (100%) (100%) (39,4%)
África	294.239 (30,5%) (100%) (11,6%)	565.974 (69,5%) (100%) (20,7%)	860.213 (100%) (100%) (16,3%)
América del Sur	946.674 (53,5%) (84,5%)	822.340 (46,5%) (87%)	1.769.014 (100%) (85,6%)
América Central	129.507 (59,1%) (11,5%)	89.411 (40,8%) (9,5%)	218.918 (100%) (10,6%)
Resto de países americanos	44.707 (60%) (4%)	33.729 (40%) (3,5%)	78.436 (100%) (3,8%)
Países americanos (total)	1.120.888 (54,2%) (100%) (44,4%)	945.480 (45,8%) (100%) (34,6%)	2.066.368 (100%) (100%) (39,3%)
Países asiáticos	99.449 (40,3%) (3,9%)	146.820 (59,7%) (5,3%)	246.269 (100%) (4,7%)
Oceanía	3.059 (48,2%) (0,3%)	3.281 (51,8%) (0,4%)	6.340 (100%) (0,3%)
Total	2.522.135 (48%) (100%)	2.727.858 (52%) (100%)	5.249.993 (100%) (100%)

Fuente: elaboración propia a partir de datos del INE (<http://www.ine.es/inebase/>)²⁷

*Se ha determinado esta categoría sobre la base del país de origen (Bulgaria, Polonia, Rumania, Rusia y Ucrania)

Tabla 1: Población de origen extranjero según sexo y zona de procedencia. 1 de enero de 2007

Sí es pertinente resaltar aquellos países que dentro de cada región ocupan un lugar protagonista. Este es el caso de Rumanía en Europa (40,4% de los países europeos mencionados anteriormente), de Marruecos en África (72,2%), de Ecuador en América del Sur (24,5%), de República Dominicana en América Central (44,1%) y de China en Asia (43,9%) (Figura 4).

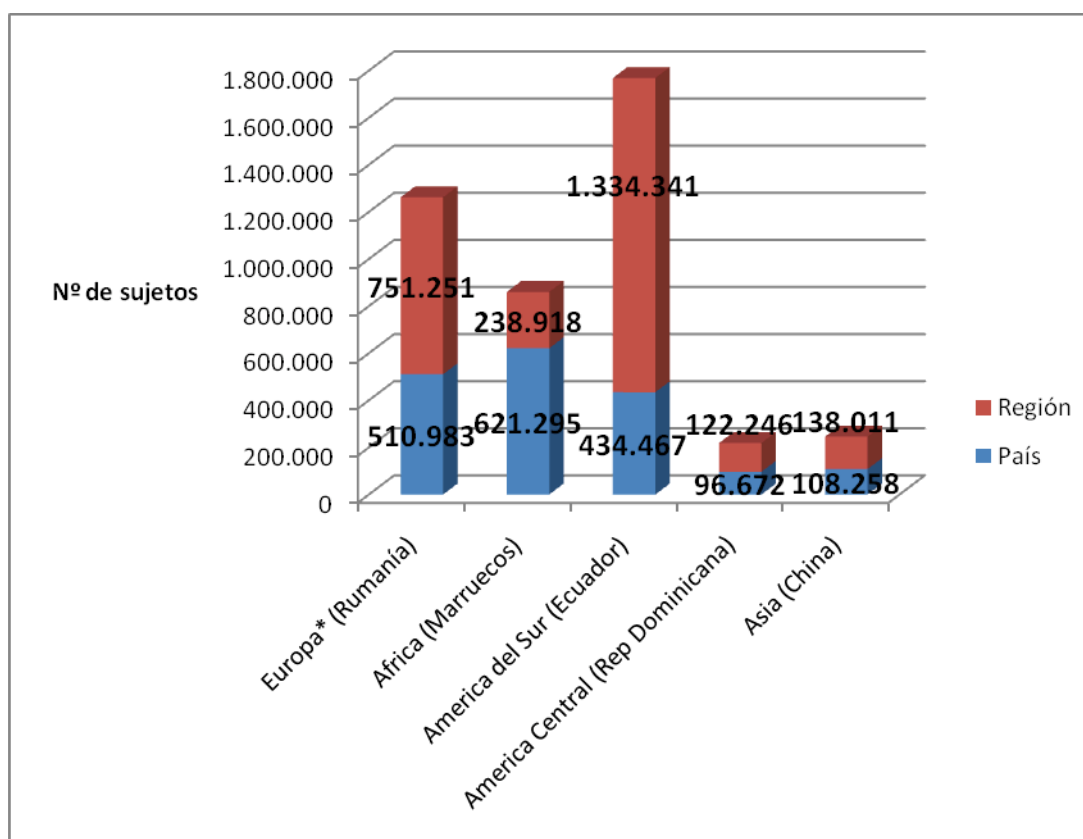


Figura 4: Población inmigrante en España según zona (Región y país), 2007.

Fuente: elaboración propia a partir de datos del INE (<http://www.ine.es/inebase/>)²⁷

*En la región europea se han considerado Bulgaria, Polonia, Rumania, Rusia y Ucrania.

En lo que respecta al sexo, en general, vienen más varones que mujeres (con diferencias marcadas en aquellas personas que proceden de África, 69,5% vs 30,5%), excepto en los países americanos en los cuales se invierte esta situación, 45,8% de varones frente 54,2% de mujeres (Tabla 1). No obstante, merece la pena comentar, teniendo en cuenta un

análisis²⁸ llevado a cabo en 2006, que las mujeres inmigrantes han aumentado de un 46,5% a un 48%, básicamente a expensas de países americanos.

1.2.2. Determinantes de salud de la población inmigrante

Son varios los autores que han clasificado los determinantes de salud en esta población en función del momento de vida. Jansá y García de Olalla²⁶ diferencian dos etapas. En una primera etapa, pesaría más por una parte aquello relacionado con las particularidades de la zona de origen y las consecuencias de las desigualdades sociales y económicas entre países (desde problemas de salud endémicos hasta cuestiones culturales que influyen de manera determinante en el estilo y modo de vida, tales como la alimentación, el descanso, el ocio, la vida de relación, el nivel educativo, etc.); y por otra los trastornos vinculados al proceso migratorio. Si bien no hay establecido un periodo cerrado para esta etapa, se podría decir que comprende fundamentalmente los primeros dos o tres años. En una segunda etapa se pueden diferenciar dos momentos; uno primero en el que se van a ver alteraciones relacionadas con las deficiencias sociales y económicas del país receptor y un momento posterior (ya ubicado en torno a los 5 años de residencia en el país receptor), donde empiezan a surgir problemas propios del país receptor. Llacer et al²⁹ también proponen dos grupos de determinantes: uno donde los determinantes están vinculados al país de origen y al proceso de tránsito; y otro segundo grupo en el que están en estrecha relación con el país de destino. Se utilizará esta última clasificación para exponer los determinantes.

1.2.2.1. Determinantes de la salud vinculados al país de origen y al proceso de tránsito

Las personas que emigran traen todo un equipaje cultural con ellas. La discrepancia percibida entre las costumbres y modos de vivir de nativos y extranjeros suele crear problemas de rechazo y de conflicto social. En general, la población autóctona es frecuente que sienta que los que vienen de fuera son los que han de adoptar las maneras de vivir del país de receptor (asimilación), y no entiende la integración como el proceso de una sociedad de incorporar sin restricciones a personas de diferentes grupos raciales, étnicos o culturales en una asociación igualitaria, y aun menos desde un enfoque de

multiculturalismo que fomenta diversas culturas dentro de una sociedad, sin que ninguna de ellas sea central³⁰.

La población inmigrante es frecuente que haya iniciado su viaje para mejorar de vida, dado que su país de origen tiene una situación socioeconómica peor que el país receptor. En un estudio llevado a cabo en Madrid con inmigrantes subsaharianos el 31% reflejaba que los motivos económicos eran la principal razón para emigrar, seguido de un 26,9% que argumentaba la mejora de la calidad de vida y la búsqueda de nuevas oportunidades, siendo el trabajo la principal preocupación para un 72,4%³¹.

Además existen otras situaciones difíciles, a veces extremadamente duras (guerras, desastres naturales, etc.), en los países de origen que, sumadas a las cuestiones económicas e inherentes al proceso migratorio, vienen a constituir lo que se ha denominado “adversidad acumulativa” y que impacta aun más negativamente en la salud. Un estudio llevado a cabo con inmigrantes rusos en Israel, los cuales eran supervivientes del desastre nuclear de Chernobyl, puso de manifiesto que tenían peor salud mental y somática que otros inmigrantes rusos³².

En lo relacionado más estrechamente con los estilos y modos de vida, es interesante comentar algunos datos de un estudio³³ llevado a cabo por el Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid sobre la alimentación en población inmigrante (marroquíes, ecuatorianos y colombianos) residentes en Madrid. Existen características diferenciadas entre la población latina y la marroquí. Algunos de los rasgos más significativos de la población ecuatoriana y colombiana son: el agua es rechazada por considerarse insalubre (especialmente la población ecuatoriana); no se hacen diferencias por edad a la hora de la comida (se puede consumir los mismos alimentos prácticamente en todas las etapas de la vida); piensan que aquí se come poco y sin sabor; el zumo es sustituido por agua o bebidas carbonatadas; hay un bajo consumo de pescado y alto de verduras y frutas; los comedores escolares son contemplados positivamente y la dieta “equilibrada” es la combinación de alimentos ligeros o suaves con los fuertes y pesados. Relativo a la población marroquí cabe destacar algunas cuestiones: se rechaza el comedor escolar por miedo a que no sigan las prescripciones (muchos niños se sienten discriminados en ellos);

aquí se come poco, sin sabor y caro; le gustan los tiempos de cocción dilatados; comer “fuerte” conlleva muchas especias, grasa y piezas de animal enteras. Cabe mencionar que esta población percibe la dieta mediterránea como la suya. Este estudio refleja con nitidez cuestiones protectoras (por ej. alto consumo de frutas y verduras), o de marcado riesgo para la salud (por ej. que se pueda comer lo mismo en cualquier edad de la vida).

Un cuestión de gran relevancia entre los determinantes de la salud de la población inmigrante es el hecho de que en general se trata de gente joven y sana, que en principio son los que tienen más posibilidades de vencer las dificultades del proceso migratorio, y por eso son seleccionados dentro de sus entornos familiares y culturales para emigrar. Esta realidad ha sido reflejada ampliamente por la literatura en lo que se conoce como el fenómeno del inmigrante sano³⁴.

Otra variable que en general ejerce un papel protector de la salud es el nivel educativo. Existe un prejuicio bastante generalizado sobre el menor nivel educativo de la población inmigrante. Diferentes estudios ya están mostrando que esto dista de ser verdad, y que si bien la población inmigrante económica suele ocupar puestos de trabajo de menos cualificación y remuneración que la autóctona, esto no es porque no tengan formación para ocupar otros puestos. Benítez Robredo et al³⁵ reflejan en un estudio sobre los determinantes socioeconómicos en un colectivo de familias inmigrantes que en torno al 60% tenían estudios secundarios o universitarios. Según los últimos datos publicados del Instituto Nacional de Estadística, un 66,08% de la población residente en España tiene estudios secundarios o superiores³⁶. La Fundación Encuentro en su Informe España 2006³⁷ refleja, analizando los datos de la Encuesta de Población Activa, que si bien el nivel educativo de los extranjeros residentes en España es similar al de la población española (los europeos presentan mayor porcentaje de titulados superiores y los latinoamericanos tienen mayores porcentajes de aquellos que han terminado la Educación Secundaria), esto no está en concordancia con la calidad de los puestos de trabajo que estas personas ocupan. La mayor parte de los inmigrantes declara desempeñar trabajos no cualificados (44,9% de los africanos, 39,7% de los latinoamericanos y 44,4% de los europeos no comunitarios). Otro trabajo realizado en Navarra refleja que 7 de cada 10

trabajadores extranjeros están ocupados en puestos no cualificados a pesar de su elevado nivel de escolarización³⁸.

1.2.2.2. Determinantes de la salud vinculados al país receptor

Uno de los factores cruciales es el clima de acogida del país receptor. Schulz et al³⁹ demuestran a través de un estudio longitudinal con mujeres afroamericanas residentes en Estados Unidos que, a mayor discriminación percibida, aumentan los síntomas de depresión y la autopercepción de mala salud independientemente de la edad, la educación y los ingresos. Según el barómetro del Centro de Investigaciones Sociológicas de julio de 2008, para el 8,4% de la población “la inmigración” es el primer problema que tiene España; sólo ubicándose por encima “los problemas de índole económica” y “el paro”, y estando por debajo realidades como la vivienda (5,9%), la precariedad laboral (2,3%), la sanidad (0,4%) o la violencia contra la mujer (0,2%)⁴⁰. El conflicto más fuerte percibido por los españoles en lo que respecta a grupos sociales es entre personas de distinta raza (50%), seguido de entre “extranjeros y españoles” (46%)⁴¹.

Los profesionales de la salud, como ciudadanos que son, participan en gran medida del sentir colectivo. Una investigación cualitativa realizada en Madrid pone de manifiesto, a través del discurso de personas inmigrantes, que éstos perciben en los agentes sanitarios un comportamiento hacia ellos basado en prejuicios o, al menos, que dista mucho de ser semejante al que se otorga a los españoles⁴². En otro estudio⁴³ realizado con el equipo de Enfermería de un hospital, el 50% de las enfermeras y el 75% de las auxiliares de Enfermería declararon un actitud moderadamente negativa o negativa hacia los pacientes inmigrantes, siendo los marroquíes los que eran peor aceptados y los sudamericanos los mejor aceptados (cabe mencionar que las muestra fue por conveniencia y la tasa de respuesta del 47,5%).

Además de lo anteriormente comentado, y que tiene que ver como hemos dicho con la acogida de la población inmigrante desde un punto de vista de las actitudes, hay factores socioeconómicos que están afectando especialmente a este segmento poblacional. Posiblemente una de las cuestiones de mayor peso sea todo aquello relacionado con el mundo del trabajo. Como se ha dicho antes, una de las principales preocupaciones de

este colectivo es el trabajo; vienen a ganar dinero para mejorar su vida y las de sus familias que en muchas ocasiones se quedan en los países de origen. Por otra parte, el país receptor, tiene en principio como mayor interés, el que constituyen una fuerza de trabajo en diferentes sectores económicos que precisaban de mano de obra, y los cuales no estaban cubiertos con la población autóctona. El mundo del trabajo se constituye por tanto como el más importante escenario de vida, y por lo tanto aquí se van a poner en juego y a desarrollar elementos favorecedores de la salud y factores que la ponen en riesgo y/o la amenazan seriamente. Un reciente estudio⁴⁴ muestra que los extranjeros presentan un significativo exceso de riesgo de lesiones por accidente de trabajo con respecto a los trabajadores autóctonos (RR en el caso de lesiones mortales de 1,34 (IC95%: 1,11-1,14); RR en caso de lesiones no mortales de 1,13 (IC95%:1,13-1,14), con importantes diferencias por comunidades autónomas y actividades económicas), señalando además los autores que existen razones de peso para pensar que los riesgos obtenidos están infraestimados por infradeclaración. En lo que respecta a la mujer inmigrante, en muchos casos se incorpora al mercado laboral en el país receptor, lo cual tiene importantes consecuencias en el cuidado de la familia, dado que ese era el rol que por excelencia desempeñaba en su país de origen. Por lo tanto, cuestiones de gran trascendencia como la salud nutricional familiar y el cuidado de los hijos pasan a un segundo plano, sin la garantía de un soporte social que cubra lo que antes hacía ella. A esta situación hay que añadir que muchas mujeres inmigrantes trabajan en sectores, como es el trabajo doméstico, que no dan de alta a los empleados, y por lo tanto estas trabajadoras, porque son mayoritariamente mujeres, constituyen una fuerza de trabajo invisible social y económicamente hablando.

El estudio de Benítez Robredo et al³⁸ sobre los determinantes socioeconómicos en un colectivo de familias inmigrantes (el 80% procedían de Latinoamérica y en torno al 60% tenían estudios secundarios o universitarios; el 79% de las madres trabajaba en el servicio doméstico), pone de manifiesto que el 55% de las mujeres perdió su trabajo por causa del embarazo. Con respecto a la situación administrativa, el 32% de los padres y el 36% de las madres no tenían documentación para residir en España; el 12% de los padres y el 2% de las madres habían sido detenidos alguna vez. El 88% de las familias compartían casa

con otras personas; hasta 20 personas vivían en la misma casa. El 44% de las madres no tenía pareja y la cuarta parte tuvo el primer hijo antes de los 18 años. La mitad no deseaban el embarazo y hasta un 66% no hizo controles durante el primer trimestre. El factor de riesgo más frecuente en estas familias era “recursos económicos muy escasos”, seguido de “madre sola” y “falta de apoyo social”. Sin duda la situación que dibuja el estudio de Benítez Robledo deja patente que existen suficientes factores de peso en la esfera del “Medio Ambiente” (y algunos más indirectamente ligados con el Estilo de Vida y la Organización de los Servicios Sanitarios, como por ejemplo no hacer controles durante el primer trimestre del embarazo) que pueden tener un impacto sobre la salud de esta población, que en general, y a la luz de los datos, sólo se vería protegida por su nivel educativo.

Atendiendo a la utilización y acceso a los servicios de salud, un estudio realizado por Cots et al⁴⁵ pone de manifiesto que las estancias hospitalarias de la población inmigrante habían sido un 10% menores (ajustando por edad, enfermedades y gravedad), si bien es importante considerar la carga asistencial vinculada a los problemas gineco-obstétricos y pediátricos (propio del tipo de población del que se está hablando, joven y en edad de procrear). Por otra parte, según el Informe España 2003 de la Fundación Encuentro⁴⁶, el 82% sabe a quién recurrir y tiende a considerar fácil el trato recibido por el personal de salud. Pero también es importante reflejar que los profesionales reflejan sus carencias a la hora de trabajar con esta población. En el mencionado estudio llevado a cabo por el Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid³³, el personal sanitario afirmaba no conocer las pautas alimentarias de los musulmanes. Hernández Sánchez⁴⁷, en un trabajo cuyo objetivo era conocer las demandas sanitarias y la frecuentación de la población inmigrante asistida en un centro de salud, reflejaba que sólo el 25% tenían historia clínica abierta; la cumplimentación de datos médicos en la historia estaba entre un 5-10% y el 80% de las consultas fueron a demanda. Un estudio⁴⁸ publicado recientemente, que estudió las diferencias en el uso de los servicios de urgencias hospitalarios de población inmigrante y población nativa, refleja que los primeros utilizan más los servicios de urgencias, tanto hombres como mujeres, pero que en lo que respecta a las tasas de ingreso, los hombres inmigrantes ingresan menos que los nativos

(OR =0,65; IC95%: 0,59, 0,72), y entre las mujeres no hay diferencias (OR =1,06; IC95%: 0,97, 1,15). Con respecto a los diagnósticos no había diferencia entre los dos grupos, pero bien es cierto que una limitación importante de este trabajo, como los propios autores señalan y que reduce el análisis e interpretación de los datos, es no haber contado con variables de situación socioeconómica, legal o de tiempo de estancia en España. En lo concerniente a la atención médica no urgente, la reciente Encuesta de Salud de la ciudad de Madrid (2005)⁴⁹, revela que los inmigrantes acuden menos al médico que los autóctonos (OR =0,8; IC95%: 0,67-0,96, ajustado por edad, sexo y nivel de estudios), aunque es importante tener en cuenta que en la población inmigrante estudiada el 83,9% llevaba más de 2,5 años en España (el 55,2% más de 5 años), y con una alta probabilidad de estar regularizada administrativamente hablando (si bien no se le entrevistaba acerca de esta cuestión) .

1.2.3. Estado de salud de la población inmigrante

Una de las cuestiones que cabe mencionar inicialmente es que el conocimiento que se tiene de los problemas de salud de la población inmigrante es fundamentalmente a través de aquellos que acuden a los servicios, ya sean hospitalarios o de Atención Primaria. Esto puede suponer un problema clásico de sesgo de selección (la falacia de Beckson⁵⁰) y ofrecer por tanto una imagen distorsionada de aquello que aqueja a esta población, dado que un alto porcentaje no acude a los servicios. La Encuesta de Salud de Madrid 2005, que ha contado con una amplia muestra probabilística de la población inmigrante residente en la ciudad de Madrid, permite conocer esta realidad con mayor validez, si bien cabe mencionar que el tiempo medio de estancia de esta población nos informa de que la gran mayoría ya estaría en la segunda etapa definida según Jansá, por lo que la morbilidad expresada y el estado de salud señalado estaría próximo al de la población autóctona.

1.2.3.1. Salud mental

Es obvio el proceso estresante al que se ve sometida la población que tiene que migrar; esto supone cambios sustanciales en el estilo y modo de vida, así como enfrentarse a situaciones adversas, e incluso más hostiles que en el país de origen. Sin lugar a duda

estas condiciones favorecen la aparición de problemas de salud mental; de hecho ya se habla de “Síndrome de Ulises” como aquel cuadro relacionado con la alienación y el desarraigo que sufre el inmigrante; a este síndrome se le conoce también como “Síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple”, y parece afectar sobre todo a aquellos inmigrantes en situación irregular^{51,52}.

Un trabajo⁵³ realizado en Barcelona en población inmigrante no regularizada pone de manifiesto que el 51,9% de los pacientes presenta ansiedad y el 40,7% depresión, siendo además mayores estos porcentajes en mujeres (70% y 50%) que en varones (41,2% y 33,3%). Si bien existen limitaciones metodológicas para establecer comparaciones con la población autóctona, valga la reflexión de que la prevalencia de trastorno mental en un estudio⁵⁴ realizado en población catalana está en 17%.

1.2.3.2. Salud percibida

Está documentada la mejor salud autopercebida entre población inmigrante, siendo plausibles las explicaciones relacionadas con el efecto del inmigrante sano, con el segmento de edad en el que se indaga esta realidad (en general se trata de personas más jóvenes que la población autóctona, y en algunos estudios no se muestran indicadores ajustados por edad), y también con el sesgo del salmón, que expone fundamentalmente que la población inmigrante con peor estado de salud y con más edad, regresa a su país de origen, por lo que los indicadores de los que inmigrantes que permanecen en los países de acogida siempre son de los más jóvenes y los más sanos^{29,34}.

En cualquier caso, la autopercepción de salud es dinámica y no muestra los mismos valores al inicio del asentamiento en el país receptor que cuando ya ha pasado un tiempo. A este respecto también merece la pena comentar lo que ha venido a llamarse la paradoja latina, y que muestra como inmigrantes que están sometidos a peores condiciones socioeconómicas en los países receptores, siguen mostrando mejores indicadores de salud que los autóctonos^{29,34}.

1.2.3.3. Salud materno-infantil

Es evidente el cambio en el patrón de natalidad experimentado en España; el porcentaje de nacidos de madre extranjera ha pasado de ser el 4,9% en 1999 al 18,9% en el 2007. Por nacionalidad, las madres extranjeras más numerosas son las marroquíes (21,6%)⁵⁵. Si bien esta realidad es sin lugar a duda ventajosa, también puede conllevar un aumento en los problemas de salud relacionados con las futuras madres y con sus hijos. Según el estudio de Hernández Sánchez⁴⁷, entre los motivos de consulta más frecuentes en Atención Primaria, estaba el embarazo. En el medio hospitalario los partos y abortos constituían el segundo motivo de ingreso (27% de las altas), según un estudio realizado en Valencia⁵⁶.

Según De la Torre y cols⁵⁷, en el Área de Maresme, las tasas de prematuridad son más bajas en mujeres inmigrante (magrebíes y subsaharianas) que en autóctonas (valorando la prematuridad extrema, sí es mayor en mujeres inmigrantes). Otro trabajo⁵⁸ recientemente publicado muestra que existen diferencias estadísticamente significativas entre el peso del recién nacido de madre autóctona (menor peso) y de madre inmigrante, y también en el porcentaje de nacidos con menos de 2.500 gr (mayor porcentaje en autóctonas). Estos resultados resultan un tanto paradójicos si tenemos en cuenta que estas mujeres viven en condiciones más adversas que las autóctonas y acuden en menor medida a las consultas de control prenatal.

1.2.3.4. Problemas relacionados con infecciones

La llegada de población inmigrante es en muchos casos sentida como una amenaza por la población del país receptor. Este sentimiento se ve afianzado porque el flujo migratorio se produce desde países de baja renta con peor nivel de salud, donde existe endemia para muchas infecciones que a día de hoy no constituyen un problema de salud importante en los países de acogida. Las enfermedades importadas en inmigrantes son aquellas adquiridas en un país y diagnosticadas en otro dónde no existen o son menos prevalentes⁵⁹. Estas enfermedades importadas pueden clasificarse en tropicales (se distribuyen en áreas tropicales y subtropicales) y cosmopolitas (su distribución es mundial)⁶⁰, y en general estas últimas, entre las que destacan la tuberculosis, las infecciones de transmisión sexual y las infecciones por el virus de hepatitis B o C, son las que pueden constituir un problema de salud pública en los países receptores tanto porque son infecciones que se pueden transmitir perfectamente en este entorno, como por la mayor incidencia y prevalencia de ellas en los países de origen, lo que aumenta la probabilidad de que los inmigrantes tengan dichas infecciones. Otra cuestión de gran peso es el hecho de las condiciones socioeconómicas adversas a las que se ve sometida la población inmigrante (mayor pobreza, precariedad laboral, hacinamiento,..) que los convierte en vulnerables para desarrollar la enfermedad infecciosa e incluso adquirir la infección⁶¹.

Recientemente se han notificado brotes de rubéola en nuestro entorno, aun a pesar de tener altas coberturas de la vacuna triple vírica en España; los casos se presentaron en adultos jóvenes procedentes de Latinoamérica que no habían sido previamente vacunados⁶². Es importante tener en cuenta que la llegada de población no inmunizada aumenta el número de sujetos susceptibles y por lo tanto el riesgo de que aparezcan brotes epidémicos, dado que desaparece la barrera creada por los sujetos inmunes.

Otro problema infeccioso de gran impacto en Salud Pública es la infección por VIH y el SIDA. Hasta 1997 la proporción de casos de SIDA en personas cuyo país de origen no era España estuvo por debajo del 3%, pero a partir de esta fecha subió progresivamente hasta alcanzar el 19,3% en 2007, siendo el más del 75% de estos casos proceden de

países de África y Latinoamérica⁶³. Con respecto a la infección por VIH, el proyecto EPI-VIH⁶⁴ arroja datos de que el 34,3% de los nuevos diagnósticos de infección en el periodo comprendido entre 2003 a 2006 fueron en personas de origen no español (de un 28,5% en 2003 a un 38,6% en 2006), siendo Latinoamérica la región más mayoritaria. La vía de transmisión predominante en estas nuevas infecciones fue las “Relaciones heterosexuales” frente a las “Relaciones homosexuales” en población de origen español. Los lugares de procedencia que presentaron aumentos en el porcentaje de nuevos diagnósticos de VIH respecto al global en el período analizado fueron Latinoamérica (de un 10 a un 17%) y el África sub-Sahariana (de un 9,6 a un 13,3%). Atendiendo a la categoría de transmisión y zona de origen, entre los diagnósticos en hombres homosexuales/bisexuales destacaron, tras los de origen español (71,4%), los de origen latinoamericano (20,2%). En la categoría heterosexual el 45,6% de las personas tenían su origen fuera de España (subsahariano 24,3% y latinoamericano 13,5%). Es delicado interpretar que el fenómeno ha crecido en esta población, dado que no se pueden calcular tasas precisas al no disponer de población válida y fiable para los denominadores de las tasas. Por otra parte hay que señalar el rápido crecimiento de la inmigración en los últimos años en nuestro país.

Sin duda la tuberculosis es otro de los problemas relevantes en el panorama epidemiológico actual, y aquí también el fenómeno migratorio está repercutiendo de manera especial. Según datos del Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid⁶⁵, el 42,9% de los casos de tuberculosis en el 2006 (un 20% más que en el año anterior) se dieron en población extranjera. La tasa de incidencia de tuberculosis en esta población fue de 58,29 casos por 100.000 habitantes (teniendo en cuenta que el número de extranjeros empadronados en la Comunidad de Madrid en ese año fue de 816.606 habitantes) frente a 18,46 casos por 100.000 habitantes para el total de la Comunidad. Ordobás Gavín y cols⁶⁶ han analizado los datos de incidencia de tuberculosis de la Comunidad de Madrid desde 1996 a 2004, observando que la disminución de este problema de salud es clara en población autóctona (reducción del 12,7% anual, $p < 0,05$), pero no es significativa en población inmigrante (reducción del 5,5% anual, $p = 0,31$); es más, en mujeres inmigrantes, se ha producido un incremento anual del 0,1%, aunque la tendencia no es significativa

desde el punto de vista estadístico. Cabe mencionar que en un estudio realizado en Barcelona con población infantil, no se hallaron diferencias significativas en la prevalencia de infección tuberculosa (detectada a través de Mantoux positivo) entre niños inmigrantes y autóctonos, pero sí hubo diferencias al comparar entre aquellos que tenían factores de riesgo social y aquellos que no los tenían⁶⁷. Esto lleva a la reflexión de que el hecho de considerar la inmigración como un factor de riesgo para desarrollar una tuberculosis está íntimamente unido al hecho de que muchos inmigrantes vivan en condiciones hostiles (hacinamiento, inadecuada alimentación, descaso inadecuado,...), y a una mayor prevalencia de infección (es frecuente la situación de alta endemia en muchos de los países de origen); ambas cuestiones les coloca en una situación de mayor riesgo para desarrollar la enfermedad tuberculosa.

1.3. SALUD Y GÉNERO

Se puede definir género como el conjunto de creencias, rasgos personales, actitudes, sentimientos, valores, conductas y actividades que diferencian a hombres y mujeres a través de la construcción social⁶⁸. No es por tanto una característica biológica, sino un constructo analítico, que se fundamenta en la organización social de los sexos (la construcción social del sexo biológico). El género tiene un carácter cambiante atendiendo al contexto cultural y dinámico según el momento histórico.

El enfoque o perspectiva de género^{69, 70} propone y permite el análisis profundo de las relaciones sociales entre hombres y mujeres, con el fin de esclarecer las diferencias e inequidades en salud que están vinculadas al género. Por lo tanto, no se trata de desagregar la variable sexo únicamente, sino de analizar críticamente las diferencias y desigualdades existentes entre ambos sexos.

Existen ideas preconcebidas como asumir que la situación de salud de hombres y mujeres son iguales, cuando en realidad no lo son, o dar por sentado que hay diferencias cuando lo que existen son similitudes, que llevan a cometer sesgos de género⁷¹.

La influencia o impacto del género sobre la salud puede observarse atendiendo a diferentes ejes tales como cuestiones socioeconómicas y culturales; problemas de salud crónicos, como las enfermedades cardiovasculares y el sida, y cáncer; salud mental y atención sanitaria.

1.3.1. Cuestiones de índole socioeconómica y cultural vinculadas al género

La relación entre los múltiples roles sociales desempeñados y la salud es un tema ampliamente estudiado en las mujeres. La literatura sobre el tema expone de manera consistente que el hecho de que la mujer lleve a cabo las tareas domésticas y el cuidado de los miembros de la familia (rol reproductivo) conjuntamente con trabajar fuera del hogar (rol productivo) afecta negativamente a su salud^{72, 73, 74}. Ahora bien, la relación entre tener múltiples roles y la salud no opera siempre en una única dirección por el complejo entramado de otros factores intervinientes en esta relación. El Estudio Longitudinal Australiano sobre la Salud de las Mujeres⁷⁵ a lo largo de tres generaciones, pone de manifiesto que en función de la edad, el desempeño de roles puede tener impactos diferentes en la salud. Las mujeres jóvenes (18-23 años de edad) que no tenían un rol social declarado y aquellas que tenían múltiples roles (más de tres) comunicaban más síntomas y peor salud, y aquellas con un solo rol, menos síntomas. Por el contrario en las mujeres de mediana edad (45-50 años), tener varios roles (si no sobrepasaban tres) se asociaba a menos síntomas y mejor percepción de salud. En las mujeres mayores (70-75), el hecho de tener el rol de “casada” y de “cuidadora” se relacionaba con peor salud, no siendo así para las que sólo tenían el rol de “casadas”. Para los autores, los hallazgos encontrados ponen de relieve que el efecto de la ocupación sobre la salud puede ser para gratificar o para estresar, y que probablemente estén implicadas habilidades para afrontar estos roles que son las que modulan su efecto sobre la salud.

Por otra parte, la doble jornada (trabajar fuera de hogar y ser ama de casa) no tiene la misma influencia sobre la salud si se tiene un estatus social u otro. En general, es en las clases socialmente más desfavorecidas donde la doble jornada se convierte en un factor riesgo para la salud⁷⁶. Incluso trabajar fuera de casa puede contribuir a tener una mejor salud que trabajar a tiempo completo como amas de casa; un estudio realizado en

Cataluña⁷⁷ reflejaba que un 15,8% de las trabajadoras y un 31,4% de las amas de casa declaraban tener mal estado de salud percibido. En este trabajo además se puso de manifiesto que las mujeres trabajadoras de las clases IV y V tuvieron peor estado de salud percibido que las amas de casa de las clases I y II.

La influencia del trabajo en la salud tiene también otras connotaciones culturales relacionadas con el papel protagonista que han tenido y siguen teniendo muchos hombres en el mantenimiento económico del hogar. Un estudio realizado con trabajadores temporales latinos indocumentados en Estados Unidos, refleja como este tipo de ocupaciones inestables y sin reconocimiento conlleva que se tiraran por tierra sus valores masculinos (ligados al mantenimiento de sus familias, que permanecen en sus países de origen), y genera que entren en crisis su identidad como hombres y como latinos, y esto a su vez ocasiona problemas de salud mental, abuso de drogas, violencia interpersonal⁷⁸.

Otra esfera de gran interés en lo social es la dinámica familiar en lo que se refiere tanto a la autonomía e independencia de sus miembros como a los cuidados que requieren. Según el estudio de Tomás et al⁷⁹ en personas mayores de 75 años, los hombres tienen mayor dependencia para las actividades de la vida diaria o de mantenimiento del hogar que las mujeres (96,8% vs 79,4%), tanto dentro del hogar (91% vs 53,9%) como fuera de él (80,6% vs 66,2%). Si bien en los hombres la dependencia no está asociada a las características sociodemográficas ni a indicadores de salud, en las mujeres tener una edad avanzada (OR=6,09), padecer déficit cognitivo (OR=1,52) e incapacidad para las actividades de la vida personal (OR=2,19), se asocian con una mayor prevalencia de dependencia dentro del hogar; la edad avanzada (OR=6,14) y los síntomas depresivos (OR=1,2) se asocian para actividades fuera del hogar.

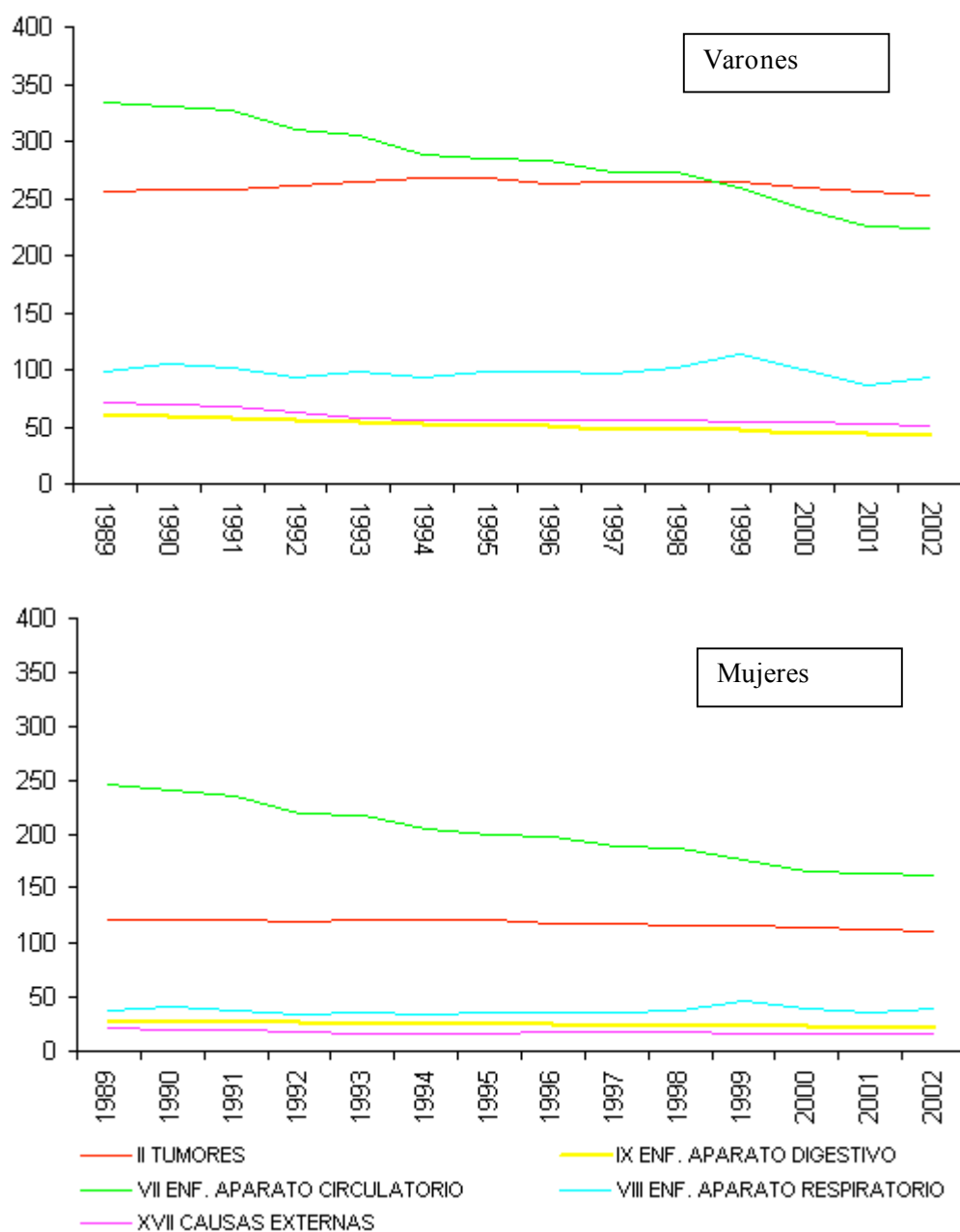
En lo que respecta a la tarea cuidadora dentro de la familia, es más frecuentemente desempeñada por la mujer, tanto hacia las personas mayores como hacia los niños, si bien los efectos negativos sobre la salud están especialmente documentados cuando se trata del cuidado a los mayores⁸⁰. Un estudio llevado a cabo por Sanders et al⁸¹ con parejas en las cuales el varón tenía cáncer de próstata, muestra que las mujeres expresaban que su

rol se transformó en más activo y con mayor componente emotivo para proteger y cuidar a sus esposos. En los grupos focales realizados en este trabajo, ellas expresaban que querían participar en grupos de soporte con otras mujeres y preferían más materiales de lectura y guías de actuación para ayudar y cuidar mejor a sus esposos.

1.3.2. Problemas de salud

1.3.2.1. Enfermedades cardiovasculares

Aunque la mortalidad por enfermedades cardiovasculares (ECV) ha ido disminuyendo en nuestro país en la última década, sigue siendo la primera causa en mujeres; por el contrario en hombres el cáncer ha alcanzado el primer lugar desde el año 1999, desbancando a las ECV que desde hace años ocupan el segundo lugar⁸² (Figura 5).



Fuente: Centro Nacional de Epidemiología. Enfermedades Cardiovasculares.
http://www.isciii.es/htdocs/centros/epidemiologia/epi_enfcardio_grafica2.jsp⁸²

Figura 5 : Mortalidad por enfermedades cardiovasculares y otras causas en varones y mujeres. Serie temporal 1989-2002. España. Tasas ajustadas por edad por la población estándar europea por 100.000 habitantes.

Posiblemente por el impacto epidemiológico, así como por el protagonismo de las ECV en mujeres, en los últimos años se ha desarrollado toda una línea de investigación sobre ECV y género, aportando hallazgos relevantes que incluso se puede decir que han supuesto un hito en el impulso de la investigación de género.

La revisión realizada por Emslie⁸³ pone de manifiesto que las mujeres con Enfermedad Coronaria (EC) se retrasan más que los hombres en buscar ayuda médica. Esto es parcialmente porque ellas creen que es una enfermedad de hombres (o que en cualquier caso están seguras hasta la menopausia). Las mujeres consideran que su salud es menos prioritaria que la de otros miembros de la familia y priorizan sus roles de cuidadora y de mantenimiento del hogar. Ponen en un segundo plano los cambios en el estilo de vida que requiere la EC. Las esposas animan a sus maridos a buscar ayuda médica ante los síntomas, no produciéndose de manera inversa (sólo por sus hijas); es más las mujeres no comunican sus síntomas a sus esposos para no preocuparlos.

Un estudio cualitativo reciente constata la diferencia de síntomas del Infarto Agudo de Miocardio (IAM) entre hombres y mujeres. Fundamentalmente las mujeres expresan conciencia gradual de los síntomas como disnea, ausencia de dolor torácico y demora en demandar atención médica ante los síntomas⁸⁴. Nau et al⁸⁵, en un estudio realizado con pacientes con síndrome coronario agudo, mostró que las mujeres eran más mayores, con menor educación, con menos capacidad funcional para las actividades de la vida diaria, tenían más síntomas, más comorbilidad, tomaban más medicación, y sin embargo, percibían su enfermedad cardíaca de forma menos severa que los hombres, concluyendo que las mujeres son más “duras” a pesar de tener una gran discapacidad funcional.

Hu et al⁸⁶, en un estudio que pretendía comparar la magnitud de la Diabetes Mellitus y el IAM en su momento basal y durante un periodo de seguimiento sobre mortalidad global y específica por causas, reflejan que en hombres, el IAM de base (RR=1,78) o su aparición a lo largo del estudio (RR=2,04), confería más alto riesgo de mortalidad por EC que la diabetes. Sin embargo en mujeres, el IAM de base (RR=0,57), les confería menor riesgo de mortalidad por EC que el antecedente de diabetes; sin embargo la incidencia de IAM conjuntamente con la incidencia de diabetes elevaba mucho más el riesgo con

respecto a los hombres (RR=4,18 frente a RR=3,42). Estos hallazgos subrayan que la presencia de diabetes reduce la conocida ventaja de las mujeres en la EC.

En el reciente informe realizado sobre la ECV en la mujer por Agencia de Investigación y Secciones Científicas de la Sociedad Española de Cardiología para el Observatorio de la Salud de las Mujeres del Ministerio de Sanidad y Consumo, concluyen que existen importantes diferencias de género en todas las patologías. Estas diferencias son en general en las características clínicas y etiológicas, el perfil de factores de riesgo cardiovascular, la realización de pruebas diagnósticas, las medidas terapéuticas y el pronóstico. También de manera general, y particularmente en el campo del síndrome coronario agudo y de la insuficiencia cardíaca, las mujeres se ven desfavorecidas frente a los varones en lo que respecta a adoptar medidas diagnósticas y de tratamiento, y esto puede estar influyendo en el peor pronóstico observado. En cualquier caso en el informe se subraya que el distinto perfil inicial y la distinta percepción de riesgo entre varones y mujeres también puede tener peso en las diferencias observadas en el manejo y en el pronóstico de las ECV⁸⁷.

1.3.2.2. Infección por VIH y Sida

En nuestro entorno la tasa de nuevos diagnósticos de infección por el VIH ha mostrado una tendencia ascendente entre 2000 y 2004, sólo en mujeres en la categoría de transmisión “Heterosexual”, aunque la frecuencia de diagnósticos tardíos es menor en mujeres (OR=0,5; IC95%:0,4-0,7)⁸⁸.

La primera categoría de transmisión en los casos de SIDA diagnosticados en 2007 en las mujeres fue tener relaciones heterosexuales no protegidas (51% de los casos)⁶³, y también es la vía principal para adquirir la infección por VIH en las mujeres, suponiendo el 20% de todas infecciones por VIH diagnosticadas en 2006⁶⁴.

García-Sánchez⁸⁹ señala que aun siendo la epidemia fundamentalmente masculina (4:1), se está produciendo un cambio en el patrón epidemiológico de las mujeres. Existen factores biológicos que aumentan la transmisión de hombre a mujer (hasta 5 veces en la fase asintomática), pero otros factores sociales como el amor romántico, la entrega

incondicional, el mayor número de parejas de los hombres, la reticencia al uso del condón por parte del hombre, la marginalidad y la pobreza (mayor probabilidad de prostitución o de utilizar el sexo como moneda de cambio) están contribuyendo a que este problema de salud se esté feminizando. Además a esto hay que añadirle que este problema de salud tiene una carga más estigmatizante en mujeres que en hombres, sobre todo porque sienten que serán rechazadas por sus parejas y sus entornos familiares y sociales, aun a pesar de que muchas de ellas hayan adquirido la infección en el marco de relaciones heterosexuales y monógamas⁹⁰.

1.3.2.3. Cáncer

Un estudio de mortalidad realizado en el área geográfica de Zaragoza mostraba que los cánceres derivados del tabaco (labio, esófago laringe, pulmón y vejiga) presentan unos riesgos relativos más altos en los hombres. Asimismo, la mayor exposición al alcohol en hombres también se manifiesta en una mayor incidencia de cáncer de esófago⁹¹. Estos resultados reflejan que el exceso de mortalidad de los hombres puede estar atribuido en buena medida a factores de riesgo conocidos y evitables. Pero estas son cuestiones insuficientemente exploradas todavía; en un metaanálisis⁹² de estudios analíticos observacionales que valoraban el efecto del tabaco sobre la morbi-mortalidad, tanto el bajo consumo (20 o menos cigarrillos/día) como el alto (más de 20 cigarrillos/día) se asociaban a riesgos más altos en mujeres que en hombres (bajo consumo: razón de tasas de 1,77 en mujeres frente a 1,42 en varones; alto consumo: razón de tasas de 2,75 en mujeres frente a 1,95 en varones).

También de un reciente estudio llevado a cabo sobre población afectada de SIDA en Zimbabwe, se desprende, después de ajustar por CD4, edad y radioterapia o quimioterapia previa, un incremento en la severidad del sarcoma de Kaposi en las mujeres, las cuales mostraban significativamente más fiebre, diaforesis y pérdida de peso⁹³.

Una revisión realizada por Baider y Bengel⁹⁴ sobre la conducta hacia la enfermedad y la conducta psicológica de pacientes con cáncer y sus cónyuges, refleja entre sus resultados, como los pacientes varones perciben que la cercanía de sus esposas es el mejor predictor de calidad de vida y reducción del estrés, pero las esposas reflejan que el afrontamiento satisfactorio ante los conflictos maritales es el mejor predictor de calidad de vida. Es más frecuente que ante la enfermedad del marido la mujer perciba menos soporte. El soporte familiar parece operar como predictor de bajo distrés emocional en mujeres con cáncer de mama.

1.3.2.3. Salud Mental

Actualmente se sabe que los factores constitucionales, genéticos y/o endocrinos no pueden explicar suficientemente la diferente morbilidad en salud mental entre hombres y mujeres, existiendo por otra parte evidencias sobre que los roles y patrones de conducta social pueden determinar la manera en que éstos manifiestan su sufrimiento psicológico. Una revisión de literatura realizada por Usall y cols⁹⁵ refleja que la prevalencia-vida de depresión tiene una ratio mujer/ hombre de 1,68:1 y la distimia es 2 veces mayor en mujeres que en hombres. La depresión suele debutar más tempranamente en las mujeres, tener más recurrencia en los episodios, mayor gravedad, provocar mayor discapacidad y peor calidad de vida, además las mujeres refieren más episodios estresantes en los seis meses previos. No parece haber consistencia de que exista un aumento del riesgo en la perimenopausia.

Este mismo autor, en otra revisión⁹⁶, documenta que la incidencia de esquizofrenia es mayor en hombres (ratio entre 1,2 y 3,4). La edad de inicio es mayor en las mujeres (18-25 vs 25-35); además pueden presentar otro pico a los 40. Estas diferencias no parecen existir cuando hay antecedentes familiares de esquizofrenia o trastornos afectivos. Las alteraciones premórbidas de la función intelectual y social han sido descritas principalmente en los hombres. Las mujeres tienen un mejor pronóstico (mejor funcionamiento social, competencia ocupacional y funcionamiento global) que los hombres además de sufrir menos días de hospitalización y menos reingresos (no parece

mantenerse en estudios longitudinales a largo plazo). Existen diferencias en variables farmacocinéticas (absorción, biodisponibilidad, distribución y metabolismo hepático) de los neurolépticos (las mujeres alcanzan niveles superiores en sangre). El tabaco, que actualmente presenta a nivel global prevalencias de consumo más altas en varones, puede disminuir los niveles de antipsicóticos en plasma. Existen evidencias por otra parte de que los hombres son peores cumplidores. El hecho de que los estrógenos tengan un efecto antipsicótico parece contribuir a la edad de inicio más tardía en mujeres.

Una cuestión que también tiene influencia en el diagnóstico y manejo de los problemas de salud mental y global es la conducta de los clínicos. Un estudio realizado por Moreno Luna y cols⁹⁷ centrado en analizar el comportamiento que tendrían los médicos ante una persona con síntomas de ansiedad-depresión en función de si ésta era varón o mujer muestra que, ante los mismos síntomas y situación clínica relacionada con cardiopatía, se pautaría ansiolítico a un 77,2% de las mujeres y aun 58,2% de los hombres. Se optaba por derivar al cardiólogo a un 9,5% de las mujeres y a un 24,5% de los hombres. No se daban diferencias significativas en esta actitud según sea médica o médico. Cabe mencionar que en el estudio hubo un 65% de pérdidas, si bien en el análisis de éstas, la proporción de médicos y médicas era la misma que en la muestra estudiada.

En la misma línea, un estudio cualitativo realizado con especialistas de Medicina de Familia y de Psiquiatría, refleja que los profesionales opinan que hay una asociación entre el consumo de psicofármacos y el sexo, aunque expresan que, además del sexo, han de actuar otros factores como el nivel socioeconómico y las expectativas sociales. Cuando la persona que consulta es un hombre, se considera que su caso es más importante y más grave. Existe una creencia en torno a que hay una subjetividad femenina patológica que es fruto de las características biológicas de la mujer, sin entrar a considerar roles y comportamientos sociales⁹⁸.

1.3.3. Atención Sanitaria

La manera de proceder de los clínicos tanto en el diagnóstico como en el tratamiento también puede verse afectada por cuestiones relacionadas con el género.

Un trabajo realizado en Atención Primaria refleja que las mujeres manifiestan querer dejar de fumar en mayor proporción que los hombres (50% frente a 45%) y han intentado dejarlo en el último año más que los hombres (48% vs 42%). A pesar de ello, las mujeres reciben menos consejo para dejar de fumar que los hombres, tanto del enfermero (25% frente a 37%), como del médico (45% frente a 57%)⁹⁹.

Si bien es arraigada la idea de que las mujeres consultan más en los servicios de salud, una revisión de la literatura sobre el tema¹⁰⁰, llega a la conclusión de que no hay suficientes evidencias para concluir que los hombres buscan menos ayuda que las mujeres cuando tienen procesos de salud-enfermedad, siendo la ocupación y el estatus socioeconómico predictores más sólidos del uso de los servicios sanitarios. La masculinidad tradicional es una variable significativa que influye en la búsqueda de ayuda y en el manejo del riesgo en hombres que empiezan a sentirse enfermos, ahora bien, está insuficientemente explorada la masculinidad en muestras heterogéneas (mayoritariamente son muestras de hombres blancos de clase media). Es consistente con lo arrojado por esta revisión, los hallazgos sobre Enfermedades Cardiovasculares previamente presentados en el subapartado de Problemas de Salud (apartado 1.3.2.1), que muestran la demora de las mujeres en solicitar atención antes de sufrir un IAM. Al hilo de lo anteriormente mencionado, Monteagudo-Piqueras y Sarria-Santamera¹⁰¹ subrayan la menor probabilidad que tienen las mujeres de 65 años o más de que se les realice tanto coronariografía (OR = 0,63 (IC 95%: 0,54-0,72)) como intervenciones coronarias percutáneas (OR = 0,67 (IC 95%: 0,56-0,75)) después de haber sufrido un IAM, y tras ajustar por factores de riesgo. Un estudio cualitativo realizado con mujeres de entre 40 y 60 años mexicanas revela como las mujeres pueden convivir con sus malestares sin declararse enfermas (no asumen que su salud se ha alterado) y por lo tanto estiman que no necesitan ayuda de un profesional de la salud. Van al médico cuando se sienten muy mal, dado que eso amenaza que puedan seguir desempeñando el rol reproductivo; quieren evitar a toda costa *caer en cama*¹⁰².

En algunos problemas de salud como el SIDA, se ha puesto de manifiesto también la influencia del sexo a la hora de recibir atención sanitaria. Un artículo editorial de Theobald et al¹⁰³ examina esta cuestión, mostrando que en Kenia, a pesar de prevalencias más altas de VIH entre las mujeres, éstas tenían menos probabilidad de acceder al servicio voluntario de realización de la prueba y de consejo en parte porque las campañas de promoción no iban destinadas a ellas.

El marco teórico expuesto permite plantear un modelo de interrelación (Figura 6) entre la salud autopercebida/CVRS, la condición de inmigración y el género, sin olvidar la clase social, dado que tanto la población inmigrante (aquellos que emigran fundamentalmente por razones económicas) como las mujeres suelen ubicarse en clases sociales más bajas y tener un nivel socioeconómico menor. Hay autores que plantean que la raza o la etnia (vinculadas estrechamente a la condición de persona inmigrante¹⁰⁴) constituyen un antecedente y determinan la situación socioeconómica de la persona y la clase social en la que se encuentra una persona¹⁰⁵.

Las interconexiones de estos tres elementos (inmigración, género y clase social) determinan dimensiones como la aceptación social, el acceso y la atención sanitaria y las condiciones de vida y de trabajo, y éstas a su vez ejercen una influencia sobre cómo los sujetos perciben su salud y su CVRS.

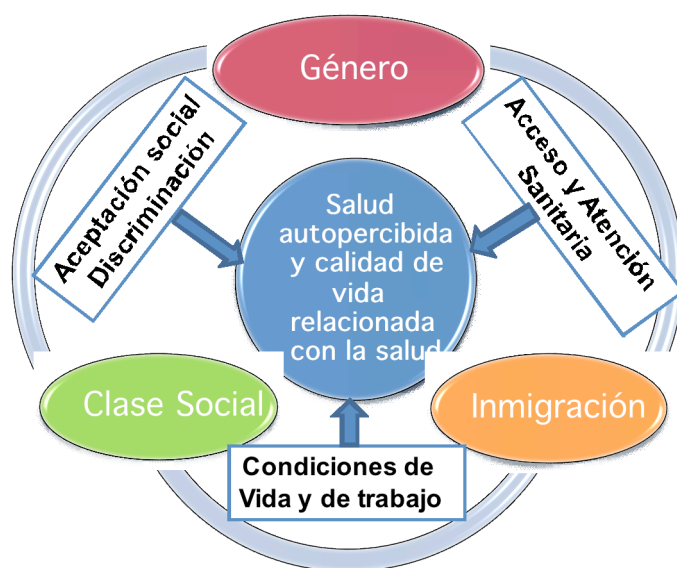


Figura 6: Modelo de interrelación entre la salud autopercebida/CVRS, la condición de inmigración y el género.

2. JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS

Los elementos justificadores de la presente tesis doctoral son los siguientes:

Las desigualdades en salud presentes entre hombres y mujeres, así como entre población inmigrante y autóctonos, pueden estar desencadenadas o vinculadas a desigualdades socioeconómicas comunes, por lo que tiene interés el estudio de la salud percibida utilizando como ejes de análisis la situación de inmigración y el género. Sólo desde su profundo conocimiento se podrán diseñar políticas sanitarias equitativas que contribuyan a elevar el nivel de salud de hombres y mujeres.

La medida de la salud percibida ha demostrado un alto poder predictivo de la mortalidad a medio plazo, independientemente de los diagnósticos clínicos y otros factores de riesgo. Tiene por lo tanto relevancia profundizar en el comportamiento de este concepto y de sus dimensiones bajo la perspectiva del género y la condición de inmigrante y autóctono. Este conocimiento permitirá en primera instancia acercarnos más, desde el punto de vista conceptual, a este complejo fenómeno de la salud subjetiva y al entramado de variables que se relacionan con ella; y en una segunda instancia y desde un enfoque de mayor aplicabilidad, proporcionará claves para la práctica clínica, para futuras investigaciones y para la toma de decisiones en salud.

Desde el punto de vista más clínico, conocer el nivel de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) de los pacientes/usuarios resulta de gran utilidad porque ayuda a determinar el estado de salud de éstos y establecer perfiles de salud de la comunidad, así como a monitorizar el curso de patologías en los pacientes y los tratamientos aplicados; se convierte, por lo tanto, en una buena herramienta para la toma de decisiones clínicas. Por último, y no por ello menos importante, la aplicación y uso de instrumentos que determinan la CVRS favorece la relación profesional de la salud/paciente o usuario, especialmente porque se le está dando un espacio a la población para que participe en las cuestiones relacionadas con su salud, y qué mejor en este aspecto que contar con la percepción que el sujeto tiene de su salud como punto de partida.

La obtención de valores de referencia de uno de los instrumentos de medición de la CVRS facilitará la interpretación de los resultados. Estos valores de referencia poblacionales permitirán conocer desviaciones en las puntuaciones de un sujeto o grupo en relación a lo

esperable para su edad y sexo. Además pueden ser útiles tanto para evaluar el impacto de una enfermedad en la CVRS al comparar los resultados obtenidos en población enferma con los de referencia (evaluar la magnitud de los cambios en el estado de salud), como para ser usados al establecer objetivos terapéuticos. La obtención de valores poblacionales de referencia proporciona además información para completar la validación transcultural de un instrumento, al comparar las puntuaciones de referencia procedentes de diferentes países.

Por todo lo planteado anteriormente, este trabajo tiene como objetivos:

Objetivo General

Estudiar, desde la perspectiva de género, la salud autopercebida así como la calidad de vida relacionada con la salud y sus dimensiones, en población adulta urbana residente en Madrid bajo la condición de ser inmigrante o autóctono.

Objetivos Específicos

1. Determinar el nivel de salud autopercebida en la población inmigrante y en la población autóctona residente en Madrid.
2. Identificar las variables sociodemográficas que se vinculan a determinado nivel de salud autopercebida incorporando la perspectiva de género y la condición de ser inmigrante o autóctono.
3. Determinar el nivel de calidad de vida relacionada con la salud de población adulta urbana residente en Madrid, bajo los ejes de inmigración, clase social y género.
4. Obtener valores poblacionales de referencia de las viñetas COOP/WONCA de calidad de vida para población española adulta urbana en el año 2005.

Los objetivos específicos anteriormente expresados se abordan en dos capítulos diferenciados de esta memoria de investigación:

Capítulo 4: **SALUD AUTOPERCIBIDA Y FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS ASOCIADOS EN POBLACIÓN ADULTA URBANA RESIDENTE EN MADRID** , que da respuesta a los objetivos específicos 1 y 2.

Capítulo 5: **CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN POBLACIÓN ADULTA URBANA RESIDENTE EN MADRID. VALORES POBLACIONALES DE REFERENCIA**, que da respuesta a los objetivos específicos 3 y 4.

3. METODOLOGÍA GENERAL

En este apartado se presentan los aspectos comunes a los capítulos en los que se estructura esta tesis. En los capítulos 4 y 5 se abordan los aspectos metodológicos específicos.

3.1. Diseño

Estudio descriptivo transversal basado en la Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2005 (ESCM'05).

3.2. Población y muestra

El universo muestral estaba compuesto por los sujetos inscritos en el padrón municipal de la ciudad de Madrid a 1 de Enero de 2004, excluyendo población institucionalizada (3.162.304 habitantes). El tamaño de la muestra fue de 8504 sujetos (7341 adultos y 1163 menores de 16 años), elegidos mediante muestreo por conglomerados bietápico. La unidad de primera etapa fue la sección censal y la segunda etapa la persona empadronada en cada sección del distrito. Se realizó estratificación por distrito municipal, y en cada uno de los 21 distritos se volvió a estratificar por sexo y grupo de edad (< de 16, 16 a 64 y 65 y más años). Se extrajeron 3 muestras: la muestra titular, y 2 muestras suplentes (con un número equivalente de elementos muestrales sustitutos). La muestra efectiva total representó un 99,7% de la muestra teórica. Considerando un efecto de diseño (deff) de 1,5, el error de muestreo absoluto para las estimaciones referidas a la población adulta de 16 y más años se acotó por $\pm 0,7\%$. Se han utilizado factores de elevación por distrito, grupos de edad y sexo con el fin de representar fielmente las características de la población de referencia.

3.3. Instrumentos para la recogida de los datos

Se utilizó una entrevista personal en el hogar de una duración media de 35 minutos (pilotada previamente en 34 sujetos). Su elaboración se ha basado en recomendaciones europeas¹⁰⁶ y otras Encuestas de Salud tanto autonómicas como de ámbito nacional (Encuesta Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad 2003 (ENS'03) y anteriores; Encuesta de Salud de Andalucía 2003 (ESA'03); Encuesta Municipal de Barcelona 2000 (ESB'00); Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo de Enfermedades No

Transmisibles de niños y adultos 2000 (Sivfrent'00) y la Encuesta Municipal de Salud de Madrid 1995 (EMSM'95).

Antes de la entrevista las personas seleccionadas recibieron una carta en la que se les comunicaba la realización de la encuesta, cómo habían sido seleccionadas, así como que recibirían la visita de un entrevistador en los días posteriores.

En el caso de que las personas seleccionadas tuvieran alteraciones psicológicas, psíquicas y/o cognitivas que impidieran responder confiablemente al cuestionario, se utilizó la colaboración de una persona del hogar o de fuera del hogar pero encargada del cuidado de la persona seleccionada y que tuviese pleno conocimiento de ella (figura *proxy*).

Las entrevistas fueron realizadas por entrevistadores y supervisores profesionales especializados en realización de encuestas poblacionales. Además recibieron formación y entrenamiento específico sobre los objetivos, instrumentos, definición de variables, procedimientos y sistema de selección de los reemplazos, así como para el trabajo de campo (se remarcó la necesidad de que el entrevistado tuviera garantizada su intimidad y pudiera contestar libremente).

El trabajo de campo se realizó en 2 oleadas: la primera entre el 3 de noviembre de 2004 y el 30 de abril de 2005 y la segunda entre el 4 de febrero y el 3 de junio de 2005.

3.4. Variables estudiadas

Las variables consideradas como independientes fueron: **edad**; **sexo**; **zona de origen** (autóctona si la persona había nacido en España e Inmigrantes, si la zona de origen era América Central, América del Sur, África, países de Europa del Este o Asia -excepto Japón- que se caracterizan por estar compuestas por países de renta baja; la **clase social** según la clasificación propuesta por el grupo de trabajo de la Sociedad Española de Epidemiología (SEE)¹⁰⁷, que se basa en la Clasificación Nacional de Ocupaciones (CNO) 1994¹⁰⁸ a la que se añadió la categoría X, dado que según la CNO no podían ser clasificadas aquellas personas amas de casa, jubilados/pensionistas que eran los sustentadores del hogar en el momento actual (se tomó la ocupación de la persona

entrevistada para obtener la clase social); el **estado civil** (casado/a en pareja; soltero/a; separado/divorciado/a, viudo/a) y el **nivel educativo** (a través de la pregunta: *¿Cuál es el mayor nivel de estudios que ha completado?* con las categorías: sin estudios, primarios, secundarios, terciarios).

3.5. Tratamiento y Análisis de los datos

Se llevaron a cabo índices de estadística descriptiva en función del tipo de variables: medidas de tendencia central (media y mediana) y medidas de dispersión para las variables cuantitativas; y frecuencias absolutas y acumuladas para las variables cualitativas.

En los análisis bivariantes, la comparación de proporciones se realizó mediante la prueba de Ji Cuadrado ó la prueba exacta de Fisher según las condiciones de aplicación, y la de medias, con el test de la t de Student, considerando significativas las diferencias con una $p < 0,05$.

Tomando en consideración la bibliografía sobre el tema^{29,,70,109,110,111,112,113,114,115,116}, los análisis (univariantes, bivariantes y multivariantes) realizados están desagregados por sexo y por condición de inmigrante o autóctono, con la intención de hacer un avance comprensivo sobre los determinantes socioculturales y demográficos que están detrás o que caracterizan la salud autopercebida y la CVRS de los hombres y de las mujeres con diferentes bagajes socioculturales y económicos que conlleva ser autóctono o no. Existe la limitación metodológica intrínseca para la comparación de los ORs obtenidos en los modelos, pero como se ha argumentado con anterioridad, se propone como una posibilidad para comprender más en profundidad aquello que se relaciona/determina la salud.

Se calcularon intervalos de confianza al 95% de seguridad.

4. SALUD AUTOPERCIBIDA Y FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS ASOCIADOS EN POBLACIÓN ADULTA URBANA RESIDENTE EN MADRID

4.1. INTRODUCCIÓN

El fenómeno migratorio está tomando gran relevancia en nuestro entorno, tanto desde el punto de vista demográfico, como en múltiples aspectos sociales (cultura, economía, educación,...) y relacionados con la salud. Las precarias condiciones de vida de partida en sus países de origen, unidas al duro proceso de adaptación que en muchas ocasiones supone el proceso migratorio en sus inicios, coloca a la persona inmigrante en una situación de especial vulnerabilidad para sufrir problemas en su salud^{26,30,117}. Una de las cuestiones sobre las que merece la pena reflexionar, es que el conocimiento que se tiene de los problemas de salud de la población inmigrante es básicamente, en el momento actual, a través de aquellos que acuden a los servicios, ya sean hospitalarios o de Atención Primaria. Esto puede suponer un problema clásico de sesgo de selección (la falacia de Beckson)⁵⁰, y ofrecer por tanto una imagen distorsionada de aquello que afecta a esta población (¿qué sabemos de la población que no acude a los servicios?). A este sesgo hay que añadir lo complejo del análisis de salud en colectivos étnicos, donde se entremezclan cuestiones culturales, raciales, económicas, etc., y que además ha sido muy insuficiente e incorrectamente estudiado¹¹⁸. En materia de política sanitaria, nuestro país es uno de los más avanzados en lo que atención a la población inmigrante se refiere, pero esto choca frontalmente con algunos tópicos que circulan en la sociedad sobre el sobreuso que esta población hace de los servicios sanitarios, su mayor carga de morbilidad y consiguiente coste para el sistema, el no reconocimiento de derechos, la asistencia en desventaja con respecto a la población autóctona, etc. Sin duda, el conocimiento preciso y riguroso de la realidad de la población inmigrante, tanto en problemas de salud como en el uso de los servicios, contribuye a promover sociedades con mayor desarrollo del Estado de Bienestar¹¹⁹.

Por otra parte, otro aspecto que gana protagonismo en el conocimiento de la salud de la comunidad es el enfoque de género, definido este como un constructo analítico (y no una variable) fundamentado en la organización social de los sexos, y que tiene un carácter cambiante según el contexto cultural y dinámico según el momento histórico⁶⁸. Existe sólida evidencia sobre las diferencias y desigualdades existentes entre hombres y mujeres en lo que a la salud y sus determinantes se refiere^{110,120,121}. Por lo tanto, el enfoque de

género, desde una visión feminista y antropológica^{69,70} propone y permite el análisis profundo de las relaciones sociales entre hombres y mujeres con el fin de esclarecer las diferencias e inequidades en salud que están vinculadas al género; no se trata de desagregar la variable sexo únicamente.

Uno de los objetivos de la investigación en género y salud es identificar y compensar la ausencia de datos para la comprensión de la vida de las mujeres, además de revelar los sesgos producidos por la generalización de los conocimientos que a menudo se basa en la investigación basada en poblaciones masculinas. Según Ruiz y Verbrugge⁷¹ se pueden identificar dos formas de sesgo de género: el que asume que la situación de salud de hombres y mujeres son iguales, cuando en realidad no lo son, o el que asume que hay diferencias cuando normalmente hay similitud.

Estas asunciones incorrectas generan tanto sesgos de selección como de medición, y se pueden dar tanto en el ámbito de la epidemiología social como en el de la epidemiología clínica. Por ejemplo en el ámbito de la epidemiología clínica, la baja representación de mujeres en los ensayos clínicos y la ausencia de información estratificada por sexo en estos estudios ocasionan un sesgo de medición. A nivel de la epidemiología social, se produce un sesgo de medición cuando se atribuye a la unidad familiar el cuidado, siendo la mujer la que lo realiza fundamentalmente¹¹¹.

Dado que las desigualdades en salud presentes entre hombres y mujeres, así como entre población inmigrante y autóctonos, pueden estar desencadenadas o vinculadas a desigualdades socioeconómicas comunes, tiene interés el estudio de esta realidad; sólo desde su profundo conocimiento se podrán diseñar políticas sanitarias equitativas que contribuyan a elevar el nivel de salud de hombres y mujeres.

Para determinar el nivel de salud de la población se han empleado muchas estrategias metodológicas, entre ellas el conocimiento del estado de salud autopercebido. La salud percibida, medida a través de una única pregunta, ha demostrado un alto poder predictivo, asociándose de manera independiente de los diagnósticos clínicos y otros factores de riesgo a la mortalidad a medio plazo (entre seis y nueve años)^{6,8}. Por lo tanto,

esta pregunta puede ser considerada un indicador de calidad (elevada validez y fiabilidad) como predictor de morbilidad en la población.

Los objetivos del presente estudio fueron explorar la salud autopercebida (SA) en la población inmigrante y en la población autóctona, ambos residentes en Madrid, y describir los factores sociodemográficos asociados a la SA, desde una perspectiva de género.

4.2. METODOLOGÍA

4.2.1. Diseño:

Estudio descriptivo transversal basado en la Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2005 (ESCM'05).

4.2.2. Población y muestra:

El presente estudio se limitó a la población mayor de 15 años y menor de 65 años (n=5.704).

4.2.3. Variables

La variable **Salud Autopercebida (SA)** (variable dependiente), se midió a través de la pregunta *En general, ¿cómo calificaría su estado de salud en la actualidad?* (con una escala ordinal de 5 puntos –excelente, muy buena, buena, regular y mala).

Las variables consideradas como independientes fueron: **edad**; **sexo**; **tiempo de estancia España** (en años); **zona de origen** (operacionalizada en el apartado de Metodología General); **zona en la que habita** (distrito, que se ha clasificado en: Grupo 1, 2 y 3 en función de la renta familiar de la zona y del porcentaje de personas con estudios superiores a ESO/EGB (Tabla 2)¹²²); la **clase social** (operacionalizada en el apartado de Metodología General); el **estado civil** (operacionalizada en el apartado de Metodología General); el **nivel educativo** (operacionalizada en el apartado de Metodología General); **carga familiar** (a través de la existencia de personas en el hogar

menores de 12 o mayores de 75 años, y además que estas personas estén siendo cuidadas por el entrevistado/a); **percepción de calidad medioambiental** (a través de la pregunta: *En general, la calidad del medio ambiente de su barrio es....*- en una escala ordinal de 5 puntos de Muy Buena a Muy Mala); la **situación laboral** (a través del autoposicionamiento en una de las categorías de la escala nominal: Trabaja, Paro, Estudia, Ama/o de casa, Jubilado/a Otros, No lo sabe/no está seguro); y la **precariedad laboral**.

	Renta familiar	Porcentaje de personas con estudios superiores a ESO/EGB	Distritos
GRUPO 1	Inferior a 11.000 euros	Inferior al 50%	Madrid sur, excepto Moratalaz (Usera, Puente de Vallecas, Villaverde, Latina, Carabanchel, Villa de Vallecas, Vicálvaro y San Blas
GRUPO 2	Entre 11.000 y 14.000 euros	Entre el 50% y el 60%	Centro, Arganzuela, Tetuán, Moratalaz, Ciudad Lineal, Hortaleza, Fuencarral-El Pardo, Barajas
GRUPO 3	Superior a 14.000 euros	Superior al 60%	Retiro, Salamanca, Chamberí, Moncloa-Aravaca y Chamartín

Tabla 2: Categorización de los distritos de la ciudad de Madrid según renta familiar y nivel de estudios¹²²

Por la complejidad del término es preciso detenerse en la operacionalización de esta última variable. Amable et al¹²³, tomando como punto de partida una definición multidimensional proveniente del ámbito macroeconómico, exponen cuatro dimensiones del concepto: Inseguridad en el empleo, Insuficiencia/incertidumbre de los ingresos salariales, Degradación/Vulnerabilidad de la situación de trabajo, y Protección social reducida, señalando las limitaciones que esto conlleva a la hora de operacionalizarla en una única variable que permita la clasificación de los sujetos según niveles de precariedad.

Por otra parte plantean la relación bidireccional existente entre Condiciones de trabajo y Trabajo precario, determinando a su vez cada uno de estos macroconceptos las variables de salud, entre las que se encuentra la calidad de vida (Figura 7).

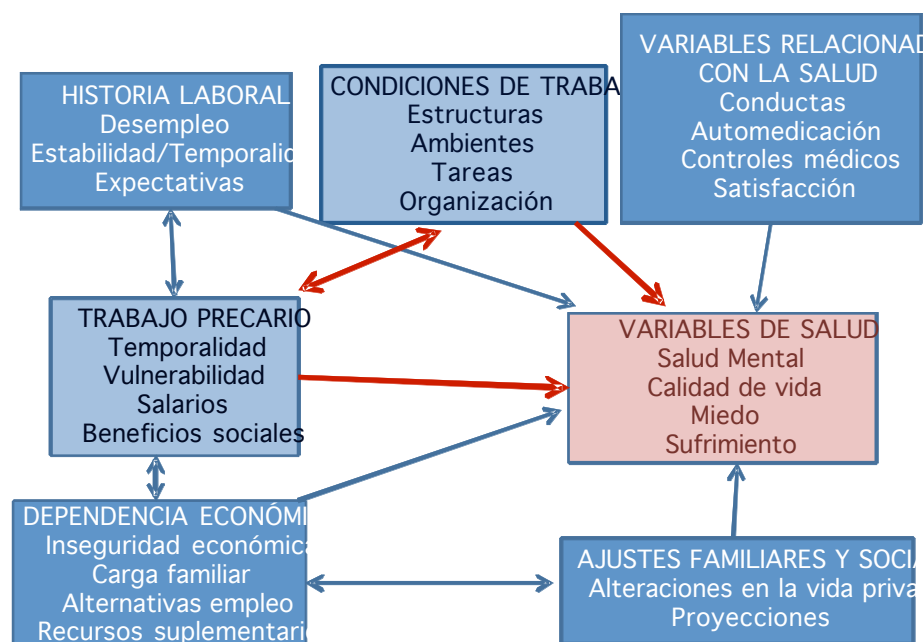


Figura 7: Esquema de la posible relación entre el trabajo precario, la salud y otras variables asociadas (tomado de Amable et al¹²³)

Sobre la base de lo anteriormente comentado, y teniendo en cuenta el vínculo entre Trabajo Precario y Condiciones de Trabajo, la variable Precariedad Laboral se operacionalizó a través de las siguientes variables:

1. Tipo de contrato comunicado: por cuenta propia, funcionario, indefinido, temporal y sin contrato. **Valor positivo:** temporal y sin contrato.
2. De la pregunta: *¿en qué medida se siente usted preocupado por la posibilidad de perder su empleo?*, con una escala ordinal de 5 puntos, de Mucho a Nada. **Valor positivo:** Mucho, bastante y regular.

3. Y de la pregunta: *¿cómo creen que influyen las condiciones del trabajo que usted realiza en su vida cotidiana? – no influye nada, influye de forma positiva, influye de forma negativa, no sabe.* **Valor positivo:** influye de forma negativa (traduce malas condiciones de trabajo).

Si cualquiera de estas variables tenía un valor positivo, se consideró que el sujeto tenía un trabajo precario.

4.2.4. Tratamiento y Análisis de los datos

Se computaron índices de estadística descriptiva, se realizaron análisis bivariantes (Ji Cuadrado, test exacto de Fisher y t de Student) entre cada una de las variables consideradas independientes y la variable SA. Para el cálculo de prevalencias de SA se utilizaron ponderaciones individuales con el fin de representar fielmente las características de la población de referencia. Para la comparación de estas prevalencias entre población inmigrante y autóctona, se ajustaron por edad (método directo; la población censal a 1 de enero de 2007 fue considerada estándar). El cálculo de los intervalos de confianza de las prevalencia ajustadas (método directo) se basó en la distribución gamma¹²⁴, apropiado para tamaños muestrales pequeños que es el caso de la población inmigrante.

Asimismo se efectuó un análisis multivariante de regresión logística. Con el fin de disminuir la probabilidad de no incluir en el modelo final algún factor de confusión relevante¹²⁵, se incluyeron en el análisis aquellas variables asociadas con la SA a nivel bivalente con una $p \leq 0,20$ (se fueron introduciendo variables manualmente con el objeto de obtener modelos más ajustados). Se realizaron recodificaciones de las variables para los análisis de regresión logística: la variable SA (variable dependiente) se recodificó en dos categorías - Excelente, Muy Buena y Buena: valor 0; Regular y Mala: valor 1. En la mayoría de los estudios que incluyen esta variable se dicotomiza en Muy Buena/Buena frente a Regular/Mala o Muy Mala. Dadas las categorías de la escala utilizada en este estudio, se ha considerado más válido y fiable (tomando como referencia otros

estudios^{126,127,128}), unir las categorías Excelente, Muy buena y Buena por un lado (valor 0), frente a Regular y Mala por otro (valor 1). También se llevaron a cabo otras recodificaciones de las variables predictoras/explicativas con el fin de obtener mejor ajuste en los modelos. Las categorías consideradas de referencia (OR=1) de las variables categóricas o dummies incluidas en los modelos de regresión, fueron siempre aquellas categorías en las que había menor riesgo de Regular/Mala Salud Autopercebida.

Fueron analizadas las asociaciones entre las variables independientes con el objeto de evitar la colinearidad; al hilo de lo comentado anteriormente, no se introdujeron conjuntamente en los modelos las variables clase social y nivel de estudios.

Tal y como se ha argumentado en el apartado de Metodología general, todos los análisis se realizaron de forma separada para hombres y mujeres, así como para la condición de inmigrante y autóctono tal y como recomiendan varios autores^{29,70,109-116} con la intención de atrapar la realidad distinta y multidimensional de hombres y mujeres, a nivel biológico, psicológico, cultural y social.

Para todos los análisis (excepto lo indicado con anterioridad para los análisis de regresión) se ha trabajado con un nivel de significación inferior al 0,05; haciendo la consideración de las variables dummies o indicadoras, para las que aunque alguna de las categorías no obtuviera una $p \leq 0,05$, está aceptado considerar significativa la variable nominal completa (con todas sus categorías)¹²⁹. Los intervalos de confianza se calcularon para una seguridad del 95%. Se han utilizado los paquetes SPSS 12.0 y Epidat 3.0 para el tratamiento de los datos.

4.3. RESULTADOS

4.3.1. Descripción de la población estudiada y comparación entre hombres y mujeres

Se obtuvo información de 5.704 sujetos entre 16 y 64 años, de los cuales 837 (14,7%) cumplían el criterio de inmigrante procedente de países de renta baja, y 4.867 eran, por tanto, población autóctona.

En cada uno de estos dos subgrupos existían diferencias estadísticamente significativas ($p \leq 0,05$) entre hombres y mujeres con respecto a casi todas las variables analizadas, excepto en la edad para la población inmigrante, la variable “teme perder su empleo”, la variable “Precariedad laboral a través de la influencia de las condiciones de trabajo la vida cotidiana (ICT)” (Precariedad laboral ICT), la variable “calidad del medio ambiente percibida”(CMA) y “zona de origen”. También existían diferencias estadísticamente significativas entre autóctonas e inmigrante, excepto en la variable sexo (Tabla 3).

Tabla 3: Descriptiva de la población estudiada estatus de inmigración y sexo

VARIABLES	POBLACIÓN INMIGRANTE (n=837)				POBLACIÓN AUTÓCTONA (n=4867)			Valor p
	CATEGORIAS	Hombres # (%)	Mujeres # (%)	Total # (%)	Hombres # (%)	Mujeres # (%)	Total # (%)	
Sexo	Hombres Mujeres			404 (48,3) 433 (51,7)			2275 (48,1) 2592 (51,9)	0,430
Media de edad en años (DE)* Mediana		34,69 (10,19) 34	35,81(10,22) 35	35,22 (10,24) 5	36,23 (9,61) 37	37,72 (8,40) 37	36,94 (9,03) 37	0,000
Grupos de edad*	16-24 25-44 45-64	60 (14,9) 266 (65,8) 78 (19,3)	56 (12,99) 287 (66,3) 90 (20,8)	116 (13,9) 553 (66,1) 168 (20,1)	353 (15,5) 1032 (45,4) 890 (39,1)	347 (13,4) 1142 (44,1) 1103 (42,6)	700 (14,4) 2174 (44,7) 1993 (40,9)	0,000
Tiempo medio de estancia en España en años (DE) / Med ^s		7,27 (7,94)/5	8,13 (8,39)/5	7,71 (8,18)/34				
Tiempo de estancia en España**	Menos de 2,5 años De 2,5 a 5 años 5 años y más	85 (21,1) 109 (27) 209 (51,1)	49 (11,4) 130 (30,3) 250 (58,3)	134 (16,1) 239 (28,7) 459 (55,2)				
Salud Autopercibida**	Excelente Muy buena Buena Regular Mala	24 (5,9) 139 (34,4) 197 (48,8) 42 (10,4) 2 (0,5)	37 (8,6) 109 (25,3) 211 (49) 68 (15,8) 6 (1,4)	61 (7,3) 248 (29,7) 408 (48,9) 110 (13,2) 8 (1)	161 (7,1) 627 (27,6) 1152 (50,8) 279 (12,3) 50 (2,2)	137 (5,3) 699 (27) 1253 (48,5) 426 (16,5) 70 (2,7)	298 (6,1) 1326 (27,3) 2405 (49,5) 705 (14,5) 120 (2,5)	0,024
Clase social [†] **	Clase I-II Clase III Clase IV Clase V Clase X	51 (12,8) 49 (12,3) 236 (59) 64 (16) -	76 (17,7) 51 (11,9) 179 (41,6) 118 (27,4) 6 (1,4)	127 (15,3) 100 (12) 415 (50) 186 (21,9) 6 (0,7)	830 (36,9) 543 (24,1) 643 (28,6) 198 (8,8) 37 (1,6)	910 (35,4) 725 (28,2) 665 (25,9) 225 (8,8) 43 (1,7)	1740 (36,1) 1268 (26,3) 1308 (27,1) 423 (8,8) 80 (1,7)	0,000
Nivel de Estudios completados **	No sabe leer/escribir Sin estudios Primarios incompletos Primer grado Segundo grado Tercer grado	- 4 (1) 12 (3) 54 (13,5) 246 (61,6) 84 (21,1)	2 (0,5) 9 (2,1) 16 (3,7) 67 (15,5) 238 (55,1) 99 (23)	2 (0,2) 13 (1,6) 28 (3,4) 121 (14,6) 484 (58,3) 183 (22,1)	6 (0,3) 17 (0,7) 49 (2,2) 207 (9,1) 1202 (53) 787 (34,7)	6 (0,2) 28 (1,1) 81 (3,1) 283 (10,9) 1355 (52,3) 837 (32,3)	12 (0,2) 45 (0,9) 130 (2,7) 490 (10,1) 2557 (52,7) 1624 (33,4)	0,000

Estado civil **	Casado/a/pareja	250 (62,2)	261 (60,6)	551 (61,3)	1277 (56,2)	1515 (58,7)	2792 (57,5)	0,000
	Soltero/a	139 (34,6)	125 (29)	264 (31,7)	943 (41,5)	853 (33)	1796 (37)	
	Separado/a	7 (1,7)	26 (6)	33 (4)	27 (1,2)	73 (2,8)	100 (2,1)	
	Divorciado/a	5 (1,2)	15 (3,5)	20 (2,4)	17 (0,7)	51 (2,2)	68 (1,4)	
	Viudo/a	1 (0,2)	4 (0,9)	5 (0,6)	7 (0,3)	90 (3,5)	97 (2)	
Situación laboral **	Trabaja	342 (84,7)	326 (75,3)	668 (79,8)	1685 (74,1)	1422 (54,9)	3107 (63,9)	0,000
	Paro	30 (7,4)	22 (5,1)	52 (6,2)	108 (4,7)	114 (4,4)	222 (4,6)	
	Estudia	25 (6,2)	17 (3,9)	42 (5)	253 (11,1)	268 (10,3)	521 (10,7)	
	Ama/o de casa	-	61 (14,1)	61 (7,3)	3 (0,1)	660 (25,5)	663 (13,6)	
	Jubilado/a	-	3 (0,7)	3 (0,4)	158 (6,9)	89 (3,4)	247 (5,1)	
	Otros	7 (1,7)	4 (0,9)	11 (1,3)	68 (3)	37 (1,4)	105 (2,2)	
Tipo de contrato **	Por cuenta propia	31 (9,4)	27 (8,6)	58 (8,9)	234 (14)	113 (8)	347 (11,3)	0,000
	Funcionario/estatutario	-	3 (0,5)	3 (0,5)	98 (5,9)	128 (9,1)	226 (7,3)	
	Contrato indefinido	113 (33,8)	132 (41,9)	245 (37,8)	1111 (66,6)	899 (63,4)	2005 (65,1)	
	Temporal	96 (28,7)	66 (21)	162 (25)	152 (9,1)	144 (10,2)	296 (9,6)	
	No sabe/Sin contrato	94 (28,1)	87 (27,6)	181 (27,9)	73 (4,4)	131 (8,3)	204 (6,6)	
Teme perder su empleo	Mucho	40 (11,8)	34 (10,7)	74 (11,3)	82 (4,9)	76 (5,4)	158 (5,1)	0,000
	Bastante	67 (19,8)	41 (12,9)	108 (16,4)	182 (10,9)	131 (9,3)	313 (10,2)	
	Regular	75 (22,1)	77 (24,2)	152 (23,1)	255 (15,3)	209 (14,9)	464 (15,1)	
	Poco	72 (21,2)	73 (23)	145 (22,1)	456 (27,3)	380 (27)	836 (27,2)	
	Nada	85 (25,1)	93 (29,2)	178 (27,1)	694 (41,6)	609 (43,3)	1303 (42,4)	
Influencia de las condiciones de trabajo en la vida	No influye	132 (41,4)	148 (48,4)	280 (44,8)	572 (35,6)	442 (32,9)	1014 (34,4)	0,000
	Influye negativamente	38 (11,9)	33 (10,8)	71 (11,4)	281 (17,5)	229 (17,1)	510 (17,3)	
	Influye positivamente	149 (46,7)	125 (40,8)	274 (43,8)	753 (46,9)	672 (50)	1425 (48,3)	
Carga familiar **	Si	23 (5,7)	204 (47,1)	227 (27,1)	129 (5,7)	593 (22,2)	722 (14,8)	0,000
	No	381 (94,3)	229 (52,9)	610 (72,9)	2146 (94,3)	1999 (77,1)	4145 (85,2)	
Calidad del medio ambiente percibida	Muy buena	36 (9)	33 (7,7)	69 (8,4)	127 (5,7)	116 (4,5)	243 (5,1)	0,000
	Buena	250 (62,7)	252 (59)	502 (60,8)	1288 (57,6)	1422 (55,6)	2710 (56,6)	
	Regular	101 (25,3)	129 (30,2)	230 (27,8)	703 (31,5)	860 (33,6)	1563 (32,6)	
	Mala	10 (2,5)	10 (2,3)	20 (2,4)	95 (4,3)	123 (4,8)	218 (4,6)	
	Muy mala	2 (0,5)	3 (0,7)	3 (0,7)	22 (1)	35 (1,4)	57 (1,2)	
Zona de origen	Europa del Este	43 (10,6)	53 (12,2)	96 (11,5)				
	África	46 (11,4)	27 (6,2)	73 (8,7)				
	América del Sur	294 (72,8)	322 (74,4)	616 (73,6)				
	Oriente próximo	4 (1)	4 (0,9)	8 (1)				
	Asia	14 (3,5)	19 (4,4)	33 (3,9)				
	Otros	3 (0,7)	8 (1,8)	11 (1,3)				

Zona en la que habita^{&}	Grupo 1	177 (43,8)	169 (39)	346 (41,3)	852 (37,5)	988 (38,1)	1840 (37,8)	0,024
	Grupo 2	157 (38,9)	168 (38,8)	325 (38,8)	870 (38,2)	993 (38,3)	1863 (38,3)	
	Grupo 3	70 (17,3)	96 (22,2)	166 (19,8)	553 (24,2)	611 (23,6)	1163 (23,9)	

π

^SMediana.

^Ω Comparación entre población inmigrante y población autóctona

[¥] I-II: Directivos y titulados universitarios; III: Administrativos y apoyo a la gestión, trabajadores por cuenta propia Y Fuerzas Armadas; IV: Trabajadores manuales cualificados; V: Trabajadores manuales no cualificados; X: Jubilado/pensionista o ama de casa que no tienen ninguna ocupación según la Clasificación Nacional de Ocupaciones pero son sustentadores del hogar

[&] Grupo 1: renta familiar inferior a 11.000 euros y menos de un 50% tiene estudios superiores a ESO/EGB; Grupo 2: renta familiar entre 11.000 y 14.000 euros y entre un 50 y un 60% tienen estudios superiores a ESO/EGB; Grupo 3: renta familiar superior a 14.000 euros y más de un 60% tienen estudios superiores a ESO/EGB.

*Diferencias significativas ($p \leq 0,05$) entre hombres y mujeres, sólo en población autóctona.

** Diferencias significativas ($p \leq 0,05$) entre hombres y mujeres.

4.3.2. Prevalencia de regular/mala SA: comparación entre hombres y mujeres

En la población autóctona, el 19.13% [CI: 17.6, 20.66] de las mujeres percibían como regular/mala su salud comparado con el 14.46% [CI: 12.99, 15.92] de los hombres. En la población inmigrante la prevalencia era del 17.09% [CI: 13.42, 20.75] para mujeres, comparado con el 10.89% [CI: 7.73, 14.05] en los hombres. Las mujeres autóctonas tenían un 24,4% más de regular/mala SA que los hombres, y este porcentaje se incrementaba a 36,2% en el caso de las mujeres inmigrantes.

Las prevalencias brutas y ajustadas de regular/mala SA pueden verse en la Figura 8. Atendiendo a los intervalos de confianza, había diferencia estadísticamente significativa sólo entre hombres y mujeres autóctonas (hombres autóctonos: 13.73% [CI: 12.27, 15.33]; mujeres autóctonas: 17.42 [CI: 15.88, 19.07]), pero es importante señalar el incremento de la prevalencia en las mujeres inmigrantes.

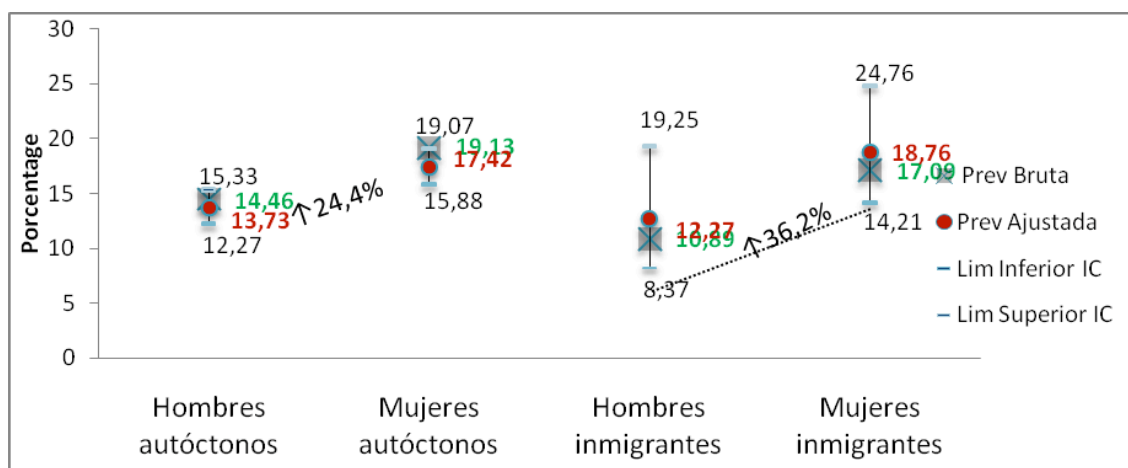


Figura 8: Prevalencia brutas y ajustadas por edad de regular/mala salud autopercebida (IC 95%) en hombres y mujeres inmigrantes y autóctonos/as

4.3.3. Regular/Mala SA según variables sociodemográficas en población inmigrante

La media de edad de los 837 personas que cumplían el criterio de población inmigrante procedente de países de renta baja y menor de 65 años, fue de 35,22 (DE: 10,24), un 48,3% eran hombres y un 51,7% mujeres, y llevaban una media 7,27 años residiendo en España (DE: 7,94) (hasta 2,5 años un 15,8% (n=144), entre 2,5 y hasta 5 años un 26,9% (n=246) y 5 o más años un 57,3% (n=524)) (Tabla 3).

La relación entre la SA y el resto de variables en hombres y mujeres inmigrantes puede verse en la Tabla 4. En los hombres la prevalencia de regular/mala SA fue de 9,8% en una situación laboral de empleo o estudiante, frente a 21,6% si se estaba desempleado, se era amo de casa o jubilado ($p=0,04$); si la precariedad laboral ICT era negativa, dicha prevalencia era de 26,3%, frente a 7,4% si la precariedad laboral ICT era positiva ($p=0,00$). En las mujeres la prevalencia de regular/mala SA se asoció significativamente con la edad (26,7% en el intervalo de 45 a 64 años, frente a 8,9% en las de 16 a 24 años, $p=0,01$), el nivel de estudios (24% si no tenían estudios o estudios primarios frente a 11,1% si tenían estudios terciarios, $p=0,04$), la precariedad ICT (33,3% si la precariedad ICT era negativa frente a 16,1% si era positiva, $p=0,03$) y la CMA (22,7% si la CMA era regular/mala/muy mala frente a 14,4% si era muy buena/buena; $p=0,03$).

		Hombres % (#)	Valor p ^s	Mujeres % (#)	Valor p ^s
Grupos de edad	16-24 25-44 45-64	8,3(5) 10,5 (28) 14,1 (11)	0,53	8,9 (5) 15,8 (45) 26,7 (24)	0,01
Clase social*	Clase I-II-III Clase IV-V-X	7 (7) 12 (35)	0,16	14,2 (18) 18,3 (55)	0,30
Nivel de Estudios completados	Sin estudios/primarios Secundarios Terciarios	14,3 (10) 11,4 (28) 6 (5)	0,22	24,5 (23) 16,9 (40) 11,1 (11)	0,01
Estado civil	Soltero/a Resto situaciones*	11,5 (16) 10,6 (28)	0,79	15,3 (19) 18 (55)	0,50
Situación laboral	Trabaja/estudia Resto situaciones**	9,8 (36) 21,6 (8)	0,04	16,4 (56) 20 (18)	0,43
Tipo de contrato (precariedad laboral)	Por cuenta propia Funcionario/estatutario Contrato indefinido Temporal No sabe /Sin contrato	6,5 (2) - 6,2 (7) 11,5 (11) 14,9 (14)	0,18	11,1 (3) 33,3 (1) 16,8 (22) 15,4 (10) 19,5 (17)	0,90
Teme perder su empleo (precariedad laboral)	Mucho Bastante Regular Poco Nada	20 (8) 9 (6) 9,3 (7) 9,7 (7) 8,2 (7)	0,32	27,3 (9) 22 (9) 15,6 (12) 11,1 (8) 17,2 (16)	0,28
Influencia de las condiciones de trabajo en la vida(precariedad laboral)	No influye Influye negativamente Influye positivamente	9,1 (12) 26,3 (10) 7,4 (11)	0,00	15 (22) 33,3 (11) 16,1 (20)	0,03
Carga familiar	Si No	4,3 (1) 11,3 (43)	0,49	17,2 (35) 17,2 (39)	1
Calidad del medio ambiente percibida	Muy buena-buena Regular-mala-muy mala	8,4 (24) 17,7 (20)	0,12	14,4 (41) 22,7 (32)	0,03
Zona de origen	Europa del Este África América del Sur Otros	7 (3) 13 (6) 11,9 (35) -	0,10	13,5 (8) 29,6 (10) 17,8 (63) 6,5 (2)	0,11
Tiempo de estancia en España	Hasta 2,5 años 2,5-hasta 5 5 y más	10,6 (9) 11 (12) 10,5 (22)	0,99	14,3 (7) 15,5 (20) 18,9 (47)	0,59
Zona en la que habita^{&}	Grupo 1 Grupo 2 Grupo 3	11,3 (20) 10,8 (17) 10 (7)	0,95	17,9(30) 18,6 (31) 13,5 (13)	0,55

Tabla 4: Prevalencia de regular/mala salud autopercebida en hombres y mujeres inmigrantes según variables sociodemográficas

^svalor p obtenido al comparar entre los que tienen excelente/muy buena/buena salud y los que tienen regular/mala salud autopercebida

*Separado/a, Divorciado/a, Viudo/a; **Paro, Ama/o de casa, Jubilada/o, Otras.

^y I-II: Directivos y titulados universitarios; III: Administrativos y apoyo a la gestión, trabajadores por cuenta propia Y Fuerzas Armadas; IV: Trabajadores manuales cualificados; V: Trabajadores manuales no cualificados; X: Jubilado/pensionista o ama de casa que no tienen ninguna ocupación según la Clasificación Nacional de Ocupaciones pero son sustentadores del hogar

[&]Grupo 1: renta familiar inferior a 11.000 euros y menos de un 50% tiene estudios superiores a ESO/EGB; Grupo 2: renta familiar entre 11.000 y 14.000 euros y entre un 50 y un 60% tienen estudios superiores a ESO/EGB; Grupo 3: renta familiar superior a 14.000 euros y más de un 60% tienen estudios superiores a ESO/EGB.

La mejor modelización en el análisis de regresión logística realizado en los **hombres** incluía la variable precariedad laboral ICT, con un OR de 4,53 [1,91, 10,97] para la categoría “influye negativamente”; y la “calidad del medio ambiente percibida”, con un OR de 2,23 [1,04, 4,82] para la categoría “percepción regular/mala/muy mala”, ambos OR ajustados por edad (Tabla 5).

En las **mujeres** el modelo que mejor explicaba incluía las variables precariedad laboral ICT, con un OR de 2,87 [1,21, 6,83] para la categoría “influye negativamente”; la edad con un OR de 5,99 [1,16, 30,74] para el grupo de 45-64 frente al de 16-24; el nivel de estudios, con un OR de 2,68 [1,03, 7,01] para las que tienen estudios primarios o sin estudios frente a las que tienen estudios de tercer grado; y el país de nacimiento ($p=0,06$), con un OR de 4,79 [0,93, 24,63] en las mujeres africanas frente a las de Europa del Este (Tabla 5).

	Mujeres			Hombres		
Variables	p	OR	Intervalo de confianza	p	OR	Intervalo de confianza
Calidad Medio Ambiental percibida reg.-muy mala	0,120	1,67	(0,87, 3,27)	0,030	2,23	(1,04, 4,82)
Influencia negativa de las condiciones de trabajo (precariedad laboral)	0,017	2,87	(1,21, 6,83)	0,001	4,53	(1,91, 10,77)
Edad (16-24)	0,022	1		0,724	1	
Edad (25-44)	0,254	2,46	(0,52, 11,54)	0,547	1,59	(0,34, 7,32)
Edad (45-64)	0,032	5,99	(1,16, 30,54)	0,428	1,94	(0,37, 10,09)
Estado civil casada/resto	0,850	0,93	(0,40, 1,90)			
Estudios de Tercer Grado	0,130	1				
Estudios secundarios	0,192	1,81	(0,74, 4,40)			
Estudios Primarios /Sin estudios	0,043	2,68	(1,03, 7,01)			
Zona de origen						
Europa del Este	0,213	1				
África	0,061	4,79	(0,93, 24,93)			
América del sur	0,172	2,23	(0,70, 7,05)			

Tabla 5: Modelos de regresión logística para hombres y mujeres en población Inmigrante para la variable dependiente Salud Autopercibida Regular/mala

4.3.4. Regular/Mala SA según variables sociodemográficas en población autóctona

La media de edad de los 4867 menores de 65 años, fue de 39,83 (DE: 13,5), un 48,1% eran hombres y un 51,9% mujeres. La relación entre la SA y el resto de variables en hombres y mujeres autóctonos/as e inmigrantes no económicos puede verse en la Tabla 6. En los hombres la regular/mala SA se asociaba significativamente con todas las variables excepto con la carga familiar. En las mujeres además tampoco se dio asociación con la variable “Teme perder su empleo”.

		Hombres % (#)	p	Mujeres % (#)	p
Grupos de edad	16-24	5,4 (20)	0,00	7,2 (26)	0,00
	25-44	11,5 (132)		13,3 (156)	
	45-64	23,1 (184)		27,4 (264)	
Clase social[‡]	Clase I-II-III	11,2 (157)	0,00	13,3 (211)	0,00
	Clase IV-V	19,9 (170)		26 (221)	
	Clase X	23,5 (8)		29,3 (12)	
Nivel de Estudios completados	Sin estudios/primarios	31,7 (85)	0,00	39,7 (139)	0,00
	Secundarios	15 (184)		17,6 (229)	
	Terciarios	8,3 (67)		9,2 (78)	
Estado civil	Soltero/a	11,3 (115)	0,00	11,7 (105)	0,00
	Casado/a	16,6 (207)		20 (280)	
	Resto situaciones*	27,1 (13)		30,8 (60)	
Situación laboral	Trabaja	11,1 (189)	0,00	12,6 (176)	0,00
	Paro	29,4 (32)		18,6 (21)	
	Estudia	6,5 (18)		8,2 (23)	
	Ama de casa	-		29,4 (172)	
	Jubilado	40,1 (59)		41,5 (34)	
	Otras**	55,9 (38)		51,3 (20)	
Tipo de contrato (precariedad laboral)	Por cuenta propia	15,5 (37)	0,03	14,4 (16)	0,05
	Funcionario/estatutario	4,5 (5)		9,4 (12)	
	Contrato indefinido	10,9 (120)		13,3 (114)	
	Temporal	9,9 (16)		6,4 (10)	
	No sabe /Sin contrato	13,3 (10)		16,5 (22)	
Teme perder su empleo (precariedad laboral)	Mucho	22,8 (21)	0,00	12,2 (10)	0,76
	Bastante	17,7 (33)		12,4 (16)	
	Regular	8,8 (24)		12,6 (27)	
	Poco	5,3 (24)		10,8 (41)	
	Nada	12,7 (87)		13,8 (79)	
Influencia de las condiciones de trabajo en la vida (precariedad laboral)	No influye	10,8 (65)	0,00	12,6 (55)	0,00
	Influye negativamente	19,9 (54)		19,9 (44)	
	Influye positivamente	8,1 (61)		9,8 (65)	
Carga familiar	Si	14,6 (19)	1	18 (102)	0,95
	No	14,6 (318)		17,9 (102)	
Calidad del medio ambiente percibida	Muy buena-buena	11,7 (170)	0,00	14,7 (219)	0,00
	Regular-mala-muy mala	20 (164)		23,2 (224)	
Zona en la que habita^{&}	Grupo 1	18,1 (166)	0,00	21,2 (207)	0,00
	Grupo 2	13,9 (124)		18,2 (173)	
	Grupo 3	9,2 (46)		11,8 (67)	

Tabla 6: Prevalencia de regular/mala salud autopercibida en hombres y mujeres autóctonos/as según variables sociodemográficas

*Separado/a, Divorciado/a, Viudo/a; **Paro, Ama/o de casa, Jubilada/o, Otras

[‡] I-II: Directivos y titulados universitarios; III: Administrativos y apoyo a la gestión, trabajadores por cuenta propia Y Fuerzas Armadas; IV: Trabajadores manuales cualificados; V: Trabajadores manuales no cualificados; X: Jubilado/pensionista o ama de casa que no tienen ninguna ocupación según la Clasificación Nacional de Ocupaciones pero son sustentadores del hogar

[&]Grupo 1: renta familiar inferior a 11.000 euros y menos de un 50% tiene estudios superiores a ESO/EGB; Grupo 2: renta familiar entre 11.000 y 14.000 euros y entre un 50 y un 60% tienen estudios

superiores a ESO/EGB; Grupo 3: renta familiar superior a 14.000 euros y más de un 60% tienen estudios superiores a ESO/EGB.

La mejor modelización en el análisis de regresión logística realizado en los **hombres**, incluía las variables precariedad laboral ICT con un OR de 2,39 [1,66, 3,44] para la categoría “influye negativamente”; la “calidad del medio ambiente percibida”, con un OR de 1,69 [1,22, 2,36] para la categoría “percepción regular/mala/muy mala”; la edad con un OR de 6,58 [2,19, 19,72] para el grupo de 45-64 frente al de 16-24; y el nivel de estudios, con un OR de 2,7 [1,61, 4,53] para los que tienen estudios primarios o sin estudios frente a los que tienen estudios de tercer grado (Tabla 7).

En las **mujeres** el modelo que mejor explicaba incluía las variables precariedad laboral, ICT con un OR de 1,89 [1,26, 2,83] para la categoría “influye negativamente”; la “calidad del medio ambiente percibida”, con un OR de 1,5 [1,07, 2,11] para la categoría “percepción regular/mala/muy mala”; el estado civil con un OR de 2,33 [1,29, 4,2] para las separadas/divorciadas/viudas frente a las solteras; y el nivel de estudios, con un OR de 5,1 [3,01, 8,64] para las que tienen estudios primarios o sin estudios frente a las que tienen estudios de tercer grado (Odds Ratios están ajustados por edad). Merece señalar que otro modelo con buen ajuste en la mujeres autóctonas era el que incluía la clase social en lugar del nivel de estudios, de manera que las que están en la clase X mostraban un OR ajustado por edad de 5,43 [0,54, 54,59] frente a las que tenían clase social I-II-III (Tabla 7).

	Hombres			Mujeres (Modelo 1)			Mujeres (Modelo 2)		
Variables	p	OR	Intervalo de confianza	p	OR	Intervalo de confianza	p	OR	Intervalo de confianza
Estado civil soltero	0,592	1		0,019	1		0,006	1	
Estado civil casado	0,435	0,84	(0,56, 1,28)	0,125	1,40	(0,91, 2,15)	0,053	1,52	(0,99, 2,34)
Estado civil resto situaciones	0,386	0,60	(0,18, 1,90)	0,005	2,33	(1,29, 4,20)	0,002	2,55	(1,43, 4,57)
Calidad Medio Ambiental percibida Reg-muy mala	0,002	1,69	1,22, 2,36	0,017	1,50	(1,07, 2,11)	0,008	1,56	(1,12, 2,18)
Edad (16-24)	0,000	1,00		0,091	1,00		0,002	1,00	
Edad (25-44)	0,053	2,86	(0,98, 8,31)	0,448	1,42	(0,57, 3,52)	0,542	1,32	(0,53, 3,27)
Edad (45-64)	0,001	6,58	(2,19, 19,72)	0,133	2,06	(0,80, 5,28)	0,060	2,45	(0,96, 6,25)
Influencia negativa de las condiciones de trabajo (precariedad laboral)	0,000	2,39	(1,66, 3,44)	0,002	1,89	(1,26, 2,83)	0,002	1,85	(1,26, 2,83)
Estudios de Tercer Grado	0,000	1,00		0,000	1,00		Clase Social I,II,III	0,006	1,00
Estudios secundarios	0,001	1,91	(1,29, 2,83)	0,005	1,72	(1,18, 2,51)	Clase IV,V	0,004	1,66
Estudios Primarios			1,61, 4,53)			3,01, 8,64)	Categ X		(0,52, 54,59)
/Sin estudios	0,000	2,70		0,000	5,10			0,150	5,43

Tabla 7: Modelos de regresión logística para hombres y mujeres en población autóctona para la variable dependiente Salud Autopercibida Regular/mala

4.4. DISCUSIÓN

Existen desigualdades de género en la Salud Autopercibida tanto en la población inmigrante como en la autóctona, siendo en ambos casos peor en las mujeres. La brecha es mayor en población inmigrante, si bien por los reducidos tamaños muestrales los intervalos de confianza son muy imprecisos y no permiten establecer la diferencia con significación estadística. Este hallazgo es consistente con otros estudios^{126,128,130,131}. Regicor y cols¹³⁰ muestran cifras de 32,1% de salud percibida “menos que buena” en mujeres, y 22,6% para los hombres en España, si bien son valores superiores a los

obtenidos en el presente estudio; esto puede explicarse porque, como bien se desprende también del citado trabajo, la percepción guarda estrecha relación con el nivel educativo (a mayor nivel, mejor percepción), y la población madrileña tiene mayores porcentajes de niveles educativos altos que la realidad nacional en su conjunto (29.41% versus 22.01%, Instituto Nacional de Estadística, 2005)¹³². También estudios a nivel europeo reflejan estas diferencias¹²⁶. Otra cuestión que puede explicar que en el presente trabajo se encuentren cifras inferiores es la inclusión de sujetos a partir de los 16 años (tienen mejor salud autopercebida), cuando los citados trabajos incluyen sujetos a partir de los 20 y 25 años. Respecto a la explicación de estas diferencias entre hombres y mujeres, se ha dicho de manera sostenida que esto podría estar en relación con la mayor facilidad de las mujeres de expresar sus estados físico-psíquicos. Sin embargo, ésto se mantiene difícilmente ante las evidencias que ponen de manifiesto que las mujeres se quejan menos ante ciertos síntomas que los hombres, perciben menos severidad ante las mismos diagnósticos y tardan más en acudir a los centros sanitarios ante signos y síntomas de gravedad^{83,85,102, 133}. Actualmente se manejan hipótesis que postulan que el apoyo social puede ser uno de los factores determinantes que están detrás de esta diferencia de género, aunque los resultados no son concluyentes¹³⁴. Por otra parte, la morbilidad diferencial también puede estar detrás de estas diferencias en la percepción de salud entre hombres y mujeres¹³⁵.

El hecho de que el nivel de estudios no alcance significación en ninguno de los modelos realizados en los hombres inmigrantes económicos no deja de ser sorprendente (si bien el número de sujetos era bajo), y requiere monitorización y profundización en el futuro, con el objeto de encontrar explicaciones.

Si bien clásicamente las clases sociales más bajas se han vinculado a peor salud autopercebida^{73,136,137} (algo que se constata en el presente trabajo a nivel bivariante, aunque no en mujeres inmigrantes), luego no consigue ser una variable explicativa en los modelos de regresión realizados (sólo en mujeres autóctonas); este hallazgo también se ha constatado en un trabajo recientemente publicado por Borrel et al¹³¹. A este respecto, tal y como proponen Rohlf¹³⁸ et al., la variable nivel de estudios pueden ser una manera de medir la clase social, además con la ventaja de que cada persona tiene su propio nivel, y

es una variable de la que se dispone en todas las mujeres, cosa que no ocurre con la clase social.

La precariedad laboral, medida a través de la influencia de las condiciones de trabajo en la vida cotidiana, se asoció con una regular/mala SA tanto en hombres como en mujeres (autóctonas/os e inmigrantes). Los OR fueron más altos en población inmigrante, y más altos en hombres que en mujeres (en ambas poblaciones). A este respecto, un reciente estudio sobre lesiones por accidentes de trabajo en España⁴⁴, pone de manifiesto que los trabajadores extranjeros tienen un exceso significativamente estadístico tanto de lesiones no mortales (RR=1.13) como de lesiones mortales (RR=1.34) frente a los autóctonos, y que además estas diferencias pueden ser aun mayores sobre la base de la infradeclaración en la notificación de accidentes para el grupo de extranjeros. Otro trabajo realizado con trabajadores mexicanos¹³⁹, refleja que cuando las condiciones de trabajo son percibidas como negativas hay 3,6 veces más riesgo de tener fatiga, 3,1 veces más de tener trastornos psíquicos y 1,5 veces más de tener trastornos psicosomáticos. El impacto de la precariedad laboral sobre hombres inmigrantes puede estar en relación con la construcción cultural de la masculinidad, que organiza el sentido de valía de los hombres en función de que se puedan ver cumplidas sus expectativas de mantener a sus familiares (muchas veces están en sus países de origen) desde el punto de vista económico; esta cuestión se puso de manifiesto en un estudio⁷⁸ realizado con trabajadores temporeros indocumentados latinos en el entorno de los Estados Unidos, los cuales, ante la precariedad laboral (condiciones coercitivas que tiraban por tierra sus valores de masculinidad), mostraban problemas de salud mental, abuso de drogas, conductas violentas y cuadros de somatización ante el estrés.

En cualquier caso, cómo afecta el trabajo precario a hombres y mujeres, y si existen diferencias, es una cuestión todavía no suficientemente investigada. Como señalan Menéndez et al¹⁴⁰, los daños en las mujeres podrían ser mayores que en los hombres (división de género del trabajo; segregación ocupacional, tanto horizontal como vertical, favoreciendo que la mujer sufra discriminación y se encuentre con lo que ha venido a denominarse *Techos de cristal y escaleras resbalizadas* que le impiden salir, ascender y promocionarse^{112,141,142}; desigualdad de clase social y etnicidad; división de género del

trabajo doméstico; liderazgo laboral históricamente en manos de varones de raza blanca, lo que ha favorecido que se no se vele por los intereses de aquellos que ocupan trabajos precarios). Lo señalado con anterioridad afecta muy especialmente a las mujeres, y sobre todo si son inmigrantes, dado que ocupan en un alto porcentaje puestos de trabajo no estándar o precarios como el servicio doméstico o empleos en la economía irregular^{29,137}. A todas estas cuestiones hay que sumarle la escasa atención que la epidemiología ocupacional ha tenido hacia los problemas y las situaciones específicas de las mujeres, por lo que es una realidad en la que hay que seguir investigando.

El estado civil tuvo poder explicativo/predictivo en los análisis multivariantes sólo en las mujeres autóctonas (mejor salud las solteras, seguido de casadas y por último resto de situaciones). Una revisión realizada por Baider & Bengel⁹⁴ refleja que el estar casado supone un factor protector para los hombres, dado que el matrimonio les provee de una gran estructura social y de control; en cambio para las mujeres no era el estar casadas, sino el afrontamiento satisfactorio ante los conflictos maritales lo que se convertía en predictor de buena calidad de vida relacionada con la salud (las mujeres tienen el doble de probabilidad de desarrollar clínica depresiva ante la discordia marital). Quizá esta razón es la que esté detrás de que las mujeres autóctonas (con mayor conciencia cultural de problemas de pareja probablemente) que están separadas y divorciadas tengan más riesgo de percibir regular/mala salud, aunque esto ha de tomarse con cautela dado que no se han contemplado en este análisis los problemas de afrontamiento en las relaciones de pareja, lo cual impide atrapar refinadamente el posible efecto protector o de riesgo para la salud del estado civil. Detrás de esta realidad, concretamente en las mujeres separadas/divorciadas, también puede estar la falta de apoyo social o una disminución en la clase social dominante en el hogar frente a cuando estaban casadas; no obstante cabe resaltar que el riesgo obtenido en los análisis es independiente de la clase social, dado que las dos variables permanecen de manera significativa en el modelo de regresión (también ocurre en el modelo en el que se sustituye clase social por nivel de estudios). Al hilo de lo anterior y como reflejan Artacoz et al¹¹², las mujeres casadas pueden tener un conflicto entre el rol reproductivo y el productivo, algo que no ocurre si se está soltera.

La carga familiar no se ha visto asociada a la salud autopercebida en ninguno de los cuatro subgrupos analizados, cuando la literatura al respecto habla en otra dirección⁸⁰. Ciertas cuestiones podrían estar contribuyendo a ello:

a) la mayoría de los estudios que muestran la asociación entre mala salud y el hecho de ser cuidadora, están realizados con mujeres mayores que cuidan a personas mayores (lo que supone un complejo sistema de cuidados y por lo tanto de sobrecarga para el cuidador), no siendo ésta, probablemente, la realidad mayoritaria en nuestro estudio. A este respecto, un estudio realizado en Barcelona⁷³ en población trabajadora, tampoco evidencia asociación ni en hombres ni en mujeres entre una variable muy similar a la conceptualizada aquí como “carga familiar” y la salud autopercebida. Cuidar a los hijos no supone la misma sobrecarga que cuidar a los mayores. De hecho, el Women’s Health Australian⁷⁵ (WHA), muestra que las mujeres de edad media (45-50 años) que tienen en su mayoría tres roles (trabajadoras, esposas y madres), informan de mejor salud que las que tienen un solo rol o no tienen rol social; cosa que no sucede en las mayores (70-75 años), en las cuales el rol de cuidadora y esposa se asocia a peor salud, que si sólo tienen el rol de esposas. Por otra parte, las relaciones medidas en un diseño transversal, como es el caso del estudio que se presenta, impiden determinar si el desempeño de múltiples roles tienen un efecto sobre la salud, o es la situación de salud la que permite desempeñar un determinado número de roles. Esta limitación también es expuesta por Artacoz et al¹¹², señalando que en estudios transversales hay un potencial sesgo de causalidad inversa, por ejemplo, un pobre estado de salud puede ser la razón de ser exclusivamente ama de casa, desempleado o tener un trabajo precario.

b) Se ha explorado en la muestra estudiada posibles asociaciones entre la carga familiar y el nivel de estudios (que además a su vez traza la clase social), con la finalidad de observar posibles fenómenos de confusión, y se ha visto como en las mujeres autóctonas tienen más carga familiar aquellas con nivel educativo alto (factor protector para la salud), lo cual puede estar anulando la relación entre carga familiar y salud autopercebida regular/mala; esta situación no se reproduce en las mujeres inmigrantes, en las cuales a mayor nivel de estudios, menor carga familiar (como se mostraba en el apartado de resultados en estas mujeres sí existía peor percepción de salud cuando tenían carga

familiar, aunque no llegaba a la significación estadística). En relación con lo anterior, también es importante señalar la importancia de contar con una persona contratada para trabajo doméstico, ya que este hecho se asocia con un buen estado de salud percibido por las mujeres casadas trabajadoras, después de ajustar por edad y clase social¹⁴³.

La calidad percibida del medio ambiente del lugar donde se vive se asoció con la salud autopercebida, de manera que si la primera es buena, la segunda también. La relación entre el medio ambiente y la salud se ha puesto de manifiesto de manera constante a lo largo de la historia, y podríamos decir que en el tiempo actual, puede ser más sentida a nivel individual. Un estudio realizado en Finlandia¹⁴⁴ refleja como visitar lugares favoritos produce sentimientos positivos y mejora los negativos. También De Vries¹⁴⁵ demostró el efecto positivo de vivir en zonas verdes sobre la salud percibida. Las explicaciones que están detrás son aún insuficientes, pero podrían estar en la línea de que las zonas verdes reparan el estrés y/o que estar más tiempo fuera del hogar permite hacer actividades de ocio y ejercicio que favorecen la salud. La hipótesis de regulación medioambiental asume que las personas no solo ponen en marcha estrategias mentales, físicas y sociales, sino también medioambientales, las personas usan lugares para restaurar su salud después de una vivencia negativa¹⁴⁶. En una gran ciudad como Madrid, donde permanentemente existen agresiones al medio ambiente, esta asociación puede ser aun más evidente, teniendo un claro impacto en la salud de las personas.

La mayor diferencia entre hombres y mujeres inmigrantes que entre hombres y mujeres autóctonos, posiblemente guarde relación con la mayor brecha existente con respecto a la clase social entre hombres y mujeres inmigrantes (un 16% de hombres en la clase V – trabajadores no cualificados- frente a un 27,4% de las mujeres), que entre hombres y mujeres autóctonos/as (un 8,8% en la clase V para ambos sexos). El mencionado estudio¹²⁶ de salud autopercebida en 10 países europeos muestra más marcadas diferencias en los países que tienen mayores diferencias a nivel educativo entre hombres y mujeres. Otro elemento que podría explicar la mayor diferencia existente entre hombres y mujeres en la población inmigrante podría ser el hecho que las mujeres de esta población llevan significativamente más tiempo en España que los hombres, y por lo

tanto, podrían estar reproduciendo en mayor medida el modelo sociocultural de las mujeres autóctonas¹⁴⁷.

A modo de conclusión, se puede decir que las desigualdades de género en SA existen y que se asocian diferentes factores en población inmigrante que en población autóctona: a) en población inmigrante: las condiciones de trabajo negativas tienen mayor peso en los hombres, los cuales además no se ven protegidos por el nivel de estudios; b) en población autóctona: son similares los factores que se asocian a la salud autopercibida en hombres y mujeres, si bien en las mujeres tiene mayor peso el nivel de estudios o la clase social; un factor diferencial es el estado civil que sólo afecta a las mujeres; c) la mayor brecha existente entre hombres y mujeres inmigrantes podría estar en relación con el mayor tiempo que llevan estas mujeres en España, así como con que existe un mayor porcentaje de ellas en clases sociales más bajas.

Es preciso seguir investigando esta realidad, con la finalidad de obtener claves sólidas que permitan la intervención en salud tendente a disminuir las desigualdades en salud entre hombres y mujeres, las cuales se ven acentuadas por la situación de ser inmigrante.

**5. CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN
POBLACIÓN ADULTA URBANA RESIDENTE EN ESPAÑA.
VALORES POBLACIONALES DE REFERENCIA**

5.1. INTRODUCCIÓN

La Calidad de Vida Relacionada con la Salud es un concepto complejo sobre el cual ha habido muchas aproximaciones conceptuales y por ende metodológicas. La OMS² define calidad de vida como *la percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones*. En el campo de la Salud Pública y la Medicina se conecta más específicamente con el estado de salud; los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades de EEUU³ señalan que *se refiere a la manera como una persona o grupo de personas percibe su salud física y mental con el pasar del tiempo*.

La medición de la CVRS en el campo de la salud se asoció en sus inicios al cáncer y a las enfermedades crónicas, sobre la base de la calidad que estos procesos podían restarle a la vida. Así uno de los trabajos pioneros se centraba en pacientes a los que se les había realizado un trasplante cardíaco⁵.

Sin duda, el mayor protagonismo de los pacientes en su propia salud en las últimas décadas, también ha contribuido al desarrollo de instrumentos que permitan registrar su contribución subjetiva.

Por otra parte, es importante resaltar que la calidad de vida se relaciona tanto con la demanda de servicios y el cumplimiento terapéutico como con la esperanza de vida⁶⁻⁹, por lo cual está sobradamente justificado el profundizar en su estudio.

En general existe bastante similitud en torno a las dimensiones que recorren los instrumentos que miden la CVRS. Tres son las dimensiones que están presentes en todos ellos: funcionamiento físico (en concreto aspectos relacionados con la autonomía funcional), el funcionamiento emocional y el social¹⁶. Clásicamente se dividen en genéricos (incluyen la totalidad de dimensiones de la CVRS) y específicos (se centran en una dimensión en particular o están diseñados para un grupo de personas aquejados de una enfermedad concreta o con una característica concreta como la edad o un factor de riesgo)⁸. Los instrumentos genéricos permiten comparar entre diferentes tipos de

personas tengan o no enfermedad, y cabe mencionar que poseen baja sensibilidad para detectar cambios si ya existe patología. Los instrumentos específicos, por el contrario, poseen una alta sensibilidad para detectar estos⁸.

Entre los instrumentos genéricos se encuentran las viñetas COOP/WONCA (**W**orld **O**rganization of **N**ational **C**olleges, **A**cademies and **A**cademic **A**ssociations of **G**eneral **P**ractitioners/**F**amily **P**hysicians; la definición abreviada de WONCA es **W**orld **O**rganization of **F**amily **D**octors^{18,19}, que además de ajustarse a los estándares propuestos por el grupo WHOQOL²¹ (evaluación subjetiva, multidimensional, sensibilidad a los cambios y bipolaridad en las opciones de respuesta), están adaptadas culturalmente al entorno español desde 1999²⁰.

Las viñetas COOP/WONCA se ajustan a los puntos de consenso propuestos por el grupo WHOQOL), pero además presentan otras bondades, sobre todo de cara a una más fácil incorporación en la práctica clínica (específicamente en la Atención Primaria de Salud) por su sencillez, brevedad y fácil comprensión, garantizada a través de la representación visual¹⁶ (Figura 3). Este rasgo es especialmente relevante porque las viñetas pueden salvar o aminorar el obstáculo que el idioma o las barreras culturales ligadas al lenguaje suponen para muchos de sus habitantes en entornos multiculturales como es el de nuestro país en el momento actual.

Por otra parte, disponer de valores de referencia poblacionales es de gran utilidad para facilitar la interpretación de los resultados arrojados por los instrumentos utilizados en cualquier medición. Estos valores permiten conocer desviaciones en las puntuaciones de un sujeto o grupo en relación a lo esperable para su edad y sexo, siendo además útiles para evaluar el impacto de una enfermedad en la CVRS (evaluar la magnitud de los cambios en el estado de salud), así como para establecer objetivos terapéuticos. La obtención de valores poblacionales de referencia además permite completar la validación transcultural, al comparar las puntuaciones de referencia procedentes de diferentes países¹⁴⁸.

Las viñetas COOP/WONCA han sido administradas en España en diferentes grupos de pacientes y familiares²²⁻²⁵, pero no han sido aplicadas en estudios poblacionales que permitan obtener valores de referencia.

Los objetivos del presente trabajo fueron determinar el nivel de calidad de vida relacionada con la salud de población adulta urbana residente en Madrid, bajo los ejes de inmigración, clase social y género así como obtener valores poblacionales de referencia de las viñetas para población adulta urbana en el año 2005.

5.2. METODOLOGÍA

5.2.1. Diseño:

Estudio descriptivo transversal basado en la Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2005 (ESCM'05).

5.2.2. Población y muestra:

El presente estudio se limitó a sujetos mayores de 15 años (n=7341).

5.3.2. Variables

La variable **CVRS** se midió a través de las viñetas COOP/WONCA de Calidad de vida, adaptadas culturalmente a la realidad española y con buenas propiedades psicométricas²⁰. Dicho instrumento es sencillo, breve (9 ítems), de fácil comprensión y está recomendado por importantes organismos internacionales como la OMS o la Conferencia Mundial de Médicos de Familia (WONCA). Cada una de las 9 dimensiones relacionadas con la calidad de vida (en su última revisión la WONCA eliminó las dimensiones de apoyo social y calidad de vida, pero dado que las 9 están validadas para el entorno español, en la ESM'05 se optó por administrarlas todas), tienen 5 alternativas de respuesta (escala tipo Likert; las puntuaciones más altas expresan peores niveles de funcionamiento, excepto la viñeta de Cambios en el estado de salud), y fueron indagadas mediante entrevista personal en el hogar proporcionando a los sujetos unas tarjetas donde aparecían las opciones de repuesta ilustradas por los dibujos consensuados a nivel

internacional. Las dimensiones evaluadas son las siguientes: forma física (FF), sentimientos (SEN), actividades cotidianas (AC), actividades sociales (AS), cambio en el estado de salud (CES), estado de salud (ES), dolor (DO), apoyo social (AP) y autopercepción de calidad de vida (CV); todos ellos con un criterio temporal referido a las dos últimas semanas. Los resultados pueden expresarse por dimensiones concretas o mediante la puntuación total obtenida por el sumatorio de los 9 ítems (puntuación entre 9 y 45).

Las variables consideradas como independientes fueron: **edad**; **sexo**; **zona de origen** (operacionalizada en el apartado de Metodología General); la **clase social** (operacionalizada en el apartado de Metodología General); el **estado civil** (operacionalizada en el apartado de Metodología General); el **nivel educativo** (operacionalizada en el apartado de Metodología General).

5.3.3. Tratamiento y análisis de los datos

Análisis estadístico: se dividió a los sujetos en 7 grupos de edad (16-24, 25-34, 35-44, 45-54, 55-64, 65-74, 75 y más). Para cada dimensión (y para el sumatorio) y por grupo de edad y sexo, se calculó la media, mediana, porcentaje de sujetos que se ubican en puntuaciones máximas (5) y mínimas (1) (efecto techo y efecto suelo) y percentiles para el sumatorio de calidad de vida (5, 25, 50, 75, 95). Para detectar diferencias en las dimensiones con respecto a los grupos de edad y la clase social se utilizó la prueba de Kruskal-Wallis, y para detectar diferencias entre hombres y mujeres, la prueba de Mann-Whitney. Se realizó un análisis de tendencia lineal para determinar la relación entre la edad y el sumatorio de calidad de vida. Para analizar la asociación del sumatorio de calidad de vida con el sexo y la clase social se llevó a cabo una comparación de medias (ANOVA). Se analizó la consistencia interna del cuestionario (α de Cronbach), y las correlaciones entre las dimensiones (coeficiente de correlación de Spearman). Para el análisis se utilizó SPSS 12.0.

5.3. RESULTADOS

La media de edad de los 7341 sujetos entrevistados fue de 46,7 (DE: 19,02); un 53,7% eran mujeres. Las características de la muestra pueden verse en la tabla 8: un 20,4% tenía entre 25 y 34 años, el 57,1% estaba casado o en pareja, el 48,3% tenía estudios secundarios y el 31,6% se ubicaba en la Clase Social IV (trabajadores manuales cualificados). Atendiendo al sexo, y comparando con los varones, las mujeres eran más mayores, tenían una situación de viudedad en mayor frecuencia, un mayor porcentaje no tenía estudios, se ubicaban más en la Clase Social III y en la X y un 12,7% eran Inmigrantes procedentes de Países de Renta Baja.

	Total # (%)	Mujeres # (%)	Varones # (%)
Edad (años)	n = 7341	n = 3944	n = 3397
16-24	870 (11,9)	433 (11)	437 (12,9)
25-34	1496 (20,4)	711 (18)	785 (23,1)
35-44	1456 (19,8)	774 (19,6)	682 (20,1)
45-54	962 (13,1)	518 (13,1)	444 (13,1)
55-64	962 (13,1)	532 (13,5)	430 (12,7)
65-74	885 (12,1)	526 (13,3)	359 (10,6)
75 y más	710 (9,7)	450 (11,4)	260 (7,7)
Estado civil	n = 7318	n = 3932	n = 3386
Casado/a o en pareja	4182 (57,1)	2125 (54)	2057 (60,8)
Soltero/a	2356 (32,2)	1157 (29,4)	1199 (35,4)
Separado/divorciado/a	258 (3,5)	187 (4,7)	71 (2,1)
Viudo/a	522 (7,1)	463 (11,8)	59 (1,7)
Nivel de Estudios	n = 7320	n = 3937	n = 3383
Sin Estudios	666 (9,19)	474 (12)	192 (5,6)
Primarios	1037 (14,2)	605 (15,4)	432 (12,8)
Secundarios	3535 (48,3)	1810 (46)	1725 (51)
Terciarios	2082 (28,4)	1048 (26,6)	1034 (30,6)
Clase Social* (última ocupación)	n = 7282	n = 3914	n = 3368
I-II	2203 (30,3)	1137 (29)	1066 (31,7)
III	1719 (23,6)	940 (24)	779 (23,1)
IV	2302 (31,6)	1152 (29,4)	1150 (34,1)
V	778 (10,7)	447 (11,4)	331 (9,8)
X	280 (2,8)	238 (6,1)	42 (1,2)
Zona de origen	n = 7236	n = 3896	n = 3340
Autóctonos/as	6323 (87,3)	3460 (88,8)	2863 (85,7)
Inmigrantes	913 (12,7)	436 (11,2)	477 (14,3)

Tabla 8: Características de la muestra estudiada según sexo

*Clase Social: I-II: Directivos y titulados universitarios; III: Administrativos y apoyo a la gestión, trabajadores por cuenta propia Y Fuerzas Armadas; IV: Trabajadores manuales cualificados; V: Trabajadores manuales no cualificados; X: Jubilado/pensionista o ama de casa que no tienen ninguna ocupación según la Clasificación Nacional de Ocupaciones pero son sustentadores del hogar

El α de Cronbach para el cuestionario fue de 0,77. Se daban correlaciones significativas ($p < 0,05$) entre todas las dimensiones.

En la tabla 9 se presentan las distribuciones de frecuencias para cada una de las cinco categorías de respuesta y las puntuaciones medias de las 9 dimensiones de las viñetas COOP/WONCA. Los valores medios más altos se encontraban en las dimensiones “Cambios en el Estado de Salud”, “Estado de Salud”, “Forma Física” y “Apoyo Social”. Según sexo, en los varones se mantenía este mismo ordenamiento, pero en las mujeres se daban valores medios más altos en “Forma Física”, seguido de “Estado de salud”, “Cambios en el Estado de Salud” y “Apoyo Social”. En todas las dimensiones se obtuvieron valores medios más altos en mujeres que en varones ($p < 0,05$). La mediana fue inferior a 3 en cinco de las nueve dimensiones, lo que indica que el conjunto de la distribución se concentraba en valores bajos de cada dimensión. El porcentaje de sujetos con puntuación mínima (efecto suelo) no superó en ninguna dimensión el 80%, y en siete de las nueve no se superó el 5% de sujetos con puntuación máxima (efecto techo). El porcentaje de valores perdidos en las dimensiones osciló entre un 0,1% y un 1,5%.

Tabla 9: Distribución de los valores de las 9 dimensiones de las viñetas COOP/WONCA

	Categorías de respuesta* # (%)									
	1 (sentido positivo hacia la salud) Efecto Suelo	2	3	4	5 (sentido negativo hacia la salud) Efecto Techo	Perdidos [§] # (%)	X** (DE)			Me ^{&}
							Mujeres	Varones	Total	
Forma Física n=7302	1383 (18,9)	1033 (14,2)	2888 (39,6)	1350 (18,5)	647 (8,9)	39 (0,5)	3,01 (1,14)	2,64 (1,12)	2,84 (1,18)	3
Sentimientos n=7331	4761 (64,9)	1240 (16,9)	752 10,3	457 (6,2)	121 (1,7)	10 (0,1)	1,75 (1,07)	1,5 (0,90)	1,63 (1,00)	1
Actividades Cotidianas n=7330	5387 (73,5)	1006 (13,7)	584 (8)	270 (3,7)	84 (1,1)	11 (0,1)	1,56 (0,93)	1,36 (0,79)	1,45 (0,87)	1
Actividades Sociales n=7326	5563 (75,9)	846 (11,5)	600 (8,2)	238 (3,3)	78 (1,1)	15 (0,2)	1,5 (0,91)	1,33 (0,76)	1,42 (0,85)	1
Cambios Est Salud n=7329	326 (4,4)	534 (7,3)	6022 (82,2)	400 (5,5)	47 (0,6)	11 (0,2)	2,93 (0,56)	2,88 (0,56)	2,91 (0,56)	3
Estado de Salud n=7326	500 (6,8)	1968 (26,8)	3252 (44,4)	1346 (18,4)	260 3,6)	14 (0,2)	2,94 (0,92)	2,75 (0,90)	2,85 (0,91)	3
Dolor n=7331	4314 (58,9)	1030 (14)	792 (10,8)	731 (10)	464 (6,3)	10 (0,1)	2,12 (1,38)	1,66 (1,11)	1,91 (1,28)	1
Apoyo Social n=7306	1212 (16,6)	2438 (33,4)	2040 (27,9)	1342 (18,4)	274 (3,7)	35 (0,5)	2,64 (1,08)	2,54 (1,06)	2,59 (1,08)	3
Calidad de Vida n=7230	520 (7,2)	3750 (51,9)	2645 (36,6)	265 (3,7)	51 (0,7)	110 (1,5)	2,43 (0,71)	2,34 (0,69)	2,39 (0,70)	2

*La distribución en las 5 categorías de respuesta es sobre 100%.

[§]El porcentaje de pérdidas en cada dimensión está estimado sobre los 7341 sujetos a los que se administró la encuesta

[&]Mediana

** Diferencias significativa ($p < 0,05$) entre mujeres y varones en todas las dimensiones

En las tablas 10, 11 y 12 se pueden ver los percentiles del sumatorio de las 9 dimensiones de las viñetas, así como la media de este sumatorio, en función del grupo de edad, de la clase social, y la zona de origen, y siempre para varones y mujeres por separado. Respecto a los valores medios del sumatorio de CVRS, se observaban diferencias significativas según el grupo de edad (aumenta el valor a medida que aumenta la edad), según la clase social (aumenta el valor a medida que se desciende en la clase social) y según la zona de origen (es mayor el valor en autóctonos, si bien estas diferencias desaparecen cuando la comparación se establece en menores de 65 años). Por otra parte se evidenciaron valores más altos en las mujeres que en los varones en las categorías de todas las variables exploradas.

Tabla 10: Percentiles y media del sumatorio de las 9 viñetas COOP/WONCA según grupo de edad y sexo

Edad (años)		P5	P25	P50	P75	P95	X* (DE)
16-24	Mujeres	13	15	17	19	26	17,83 (3,85)
	Varones	12	14	16	18	23	16,47 (3,33)
	Total	12	15	17	19	24	17,15 (3,66)
25-34	Mujeres	13	16	18	21	28	18,87 (4,37)
	Varones	13	15	17	20	26	17,86 (3,89)
	Total	13	16	18	20	26,84	18,34 (4,16)
35-44	Mujeres	14	17	19	22	28	19,63 (4,29)
	Varones	13	16	18	20	27	18,52 (4,35)
	Total	13,94	16	18	21	28	19,1 (4,35)
45-54	Mujeres	14	18	20	23	30,29	20,72 (5)
	Varones	14	17	18	21	30	19,5 (4,76)
	Total	14	17	19	22	30	20,16 (4,93)
55-64	Mujeres	15	18	20	24	32	21,33 (5,12)
	Varones	15	17	19	22	29	19,97 (4,35)
	Total	15	17	20	23	31	20,75 (4,84)
65-74	Mujeres	16	19	23	26	35	23,33 (5,66)
	Varones	16	18	20	23	32	21,21 (4,90)
	Total	16	19	21	25	34	22,47 (5,46)
75 y más	Mujeres	18	21	25	29	36,14	25,58 (5,91)
	Varones	16	18,40	22	26	33,45	22,73 (5,71)
	Total	16	20	24	28	36	24,54 (5,99)
Total	Mujeres	14	17	20	24	32	20,84 (5,40)
	Varones	13	16	18	21	29	19,02 (4,69)
	Total	14	17	19	22	30	20,00 (5,17)

*comparación entre los totales de cada grupo de edad: $p < 0,001$; comparación entre varones y mujeres en cada grupo de edad: $p < 0,001$

Tabla 11: Percentiles y media del sumatorio de las 9 viñetas COOP/WONCA según clase social y sexo

		P5	P25	P50	P75	P95	X* (DE)
Clase I	Mujeres	14	16	19	22	29	19,52 (4,48)
	Varones	13	14	18	20	27	18,47 (4,42)
	Total	13	16	18	21	28	19,01 (4,53)
Clase II	Mujeres	14	17	19	23	30	20,1 (4,94)
	Varones	13	14	18	21	28	18,86 (4,59)
	Total	13	16	19	22	29	19,54 (4,82)
Clase III	Mujeres	14	17	19	23	33	21,62 (5,60)
	Varones	13	14	18	21	29	19,41 (4,82)
	Total	13	16	19	22	31	20,51 (5,34)
Clase IV	Mujeres	14,31	18	20	25	33,23	21,96 (5,81)
	Varones	13	14	18	22	29,15	19,49 (4,74)
	Total	14	17	19	23	32	20,90 (5,51)
Clase X	Mujeres	14	18	20	26	36	24,06 (6,27)
	Varones	13	14	19	22	35	21,21 (6,82)
	Total	14	17	20	24	33	23,62 (6,43)
Total	Mujeres	14	17	20	24	32	20,84 (5,40)
	Varones	13	16	18	21	29	19,02 (4,69)
	Total	14	17	19	22	30	20,00 (5,17)

*comparación entre los totales de cada clase social: $p < 0,001$; comparación entre varones y mujeres en cada clase social: $p < 0,001$ (excepto en Clase X, $p = 0,008$)

Tabla 12: Percentiles y media del sumatorio de las 9 viñetas COOP/WONCA según zona de origen y sexo

		P5	P25	P50	P75	P95	X* (DE)
Autóctonos/as	Mujeres	14	17	20	24	32	20,97 (5,49)
	Varones	13	16	18	21	29	19,14 (4,80)
	Total	14	17	18	23	31	20,13 (5,26)
IPRB ^s	Mujeres	13,62	17	19	22	29	19,89 (4,62)
	Varones	13	16	17,09	21	25	18,31 (3,88)
	Total	13	16	18	21	28	19,10 (4,33)
Total	Mujeres	14	17	20	24	32	20,84 (5,40)
	Varones	13	16	18	21	29	19,02 (4,69)
	Total	14	17	19	22	30	20,00 (5,17)

* comparación entre totales para autóctonos e inmigrantes económicos $p < 0,001$; en población menor de 65 años los valores del sumatorio son 19,07 en autóctonos y 19,02 en inmigrantes ($p=0,317$); comparación entre varones y mujeres en cada grupo atendiendo a la zona de origen: $p < 0,001$

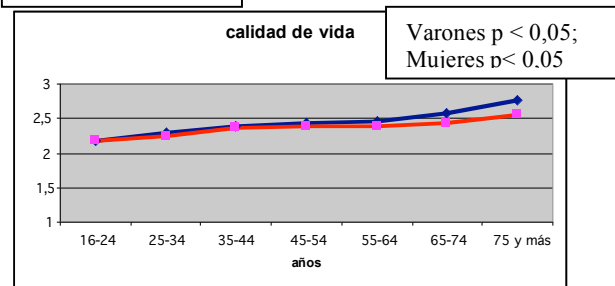
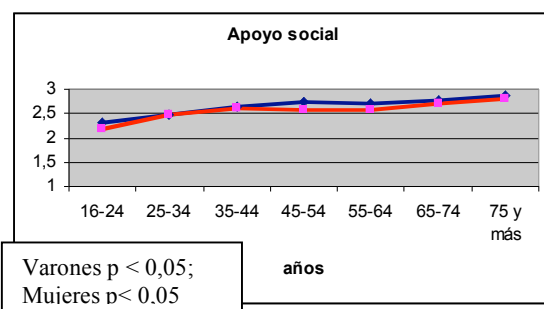
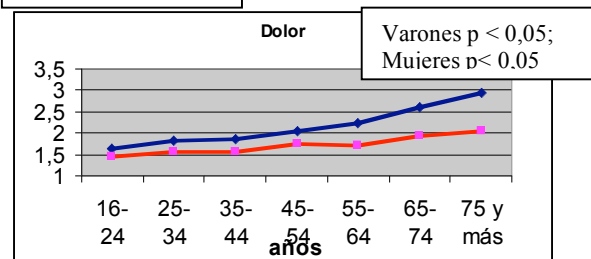
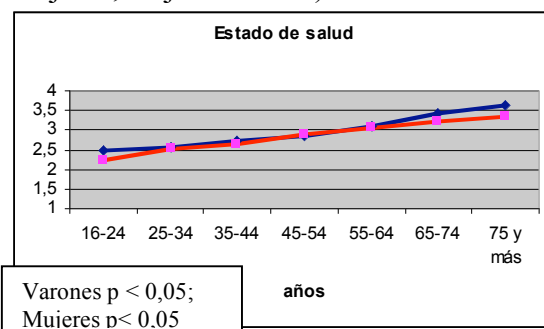
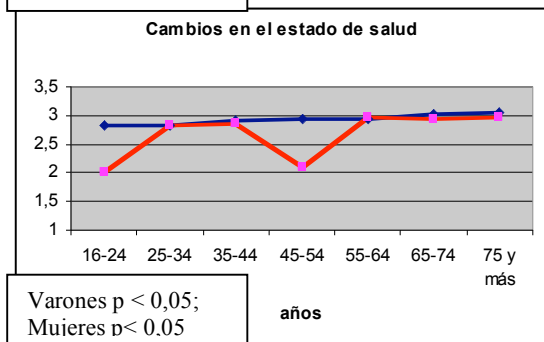
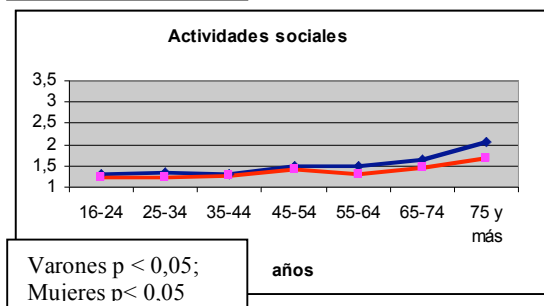
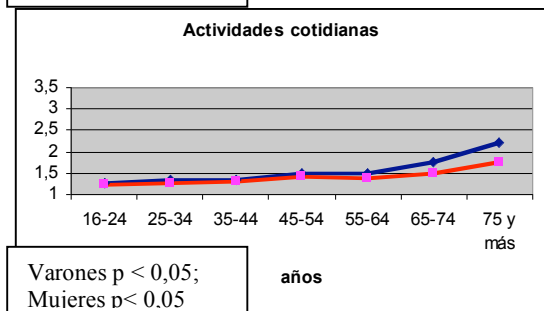
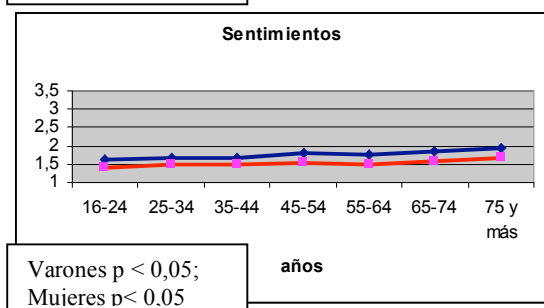
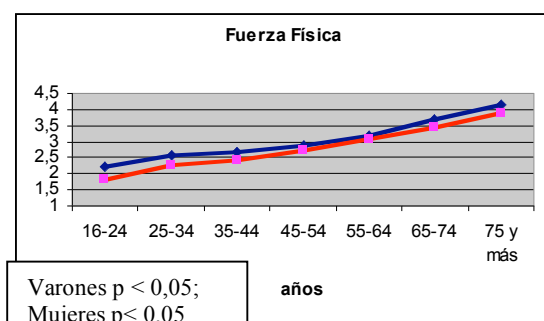
^s Inmigrante procedente de Países de Renta Baja (IPRB)

En la figura 9 se observa que en todas las dimensiones y para los dos sexos, a medida que aumentaba la edad, aumentaban las puntuaciones. Para las dimensiones “Forma Física”, “Sentimientos” y “Dolor” se observaron diferencias significativas entre varones y mujeres en todos los grupos de edad (la mujer siempre valores más altos).

En la figura 10 se aprecia que en todas las dimensiones y para los dos sexos, a medida que se desciende en la escala de clase social, aumentaban las puntuaciones (en la dimensión “Dolor y para los varones $p = 0,08$). En las dimensiones “Forma Física”, “Estado de Salud” y “Dolor” se daban diferencias significativas entre hombres y mujeres en todas las clases sociales (la mujer siempre valores más altos); esto mismo ocurría en las dimensiones “Sentimientos”, “Actividades Cotidianas” y “Actividades Sociales” si exceptuamos la clase X (jubilados/pensionistas y amas de casa sustentadores del hogar).

En la figura 11 se puede ver que en las dimensiones “Forma Física”, “Cambios en el Estado de Salud”, “Estado de Salud” y “Apoyo Social” existían diferencias significativas, tanto para varones como para mujeres, entre autóctonos/as e inmigrantes (estos últimos presentaban valores más altos sólo en “Apoyo Social”). Realizando este análisis para los menores de 65 años, se observaba la misma situación descrita en la dimensión “Forma Física”, en “Estado de Salud” (sólo para los varones) y en “Apoyo Social”; aparecen en este subgrupo de edad también diferencias en “Calidad de Vida”, con puntuaciones más altas para población inmigrante. Atendiendo a la comparativa entre varones y mujeres, éstas tenían valores más elevados tanto en población total como en menores de 65 años en todas las dimensiones excepto en “Actividades Cotidianas”, “Cambios en el Estado de Salud” y “Calidad de Vida”.

Figura 9: Puntuaciones medias según grupo de edad y sexo en las 9 dimensiones de las viñetas COOO/WONCA de calidad de vida (Azul: mujeres; Rojo: Varones)



Diferencias significativas ($p < 0,05$) entre varones y mujeres:

FF: en todos los grupos;
 SEN: en todos los grupos;
 AC: en todos excepto en 16-24, 25-34 y 45-54;
 AS: en todos excepto en 45-54;
 CES: sólo en 65-74;
 ES: sólo en 16-24, 65-74 y 75 y más;
 DO: en todos los grupos;
 AP: sólo en 16-24;
 CV: sólo en 55-64, 65-74 y 75 y más

Figura 10: Puntuaciones medias según clase social y sexo en las 9 dimensiones de las viñetas COOO/WONCA de calidad de vida (Azul: mujeres; Rojo: Varones)

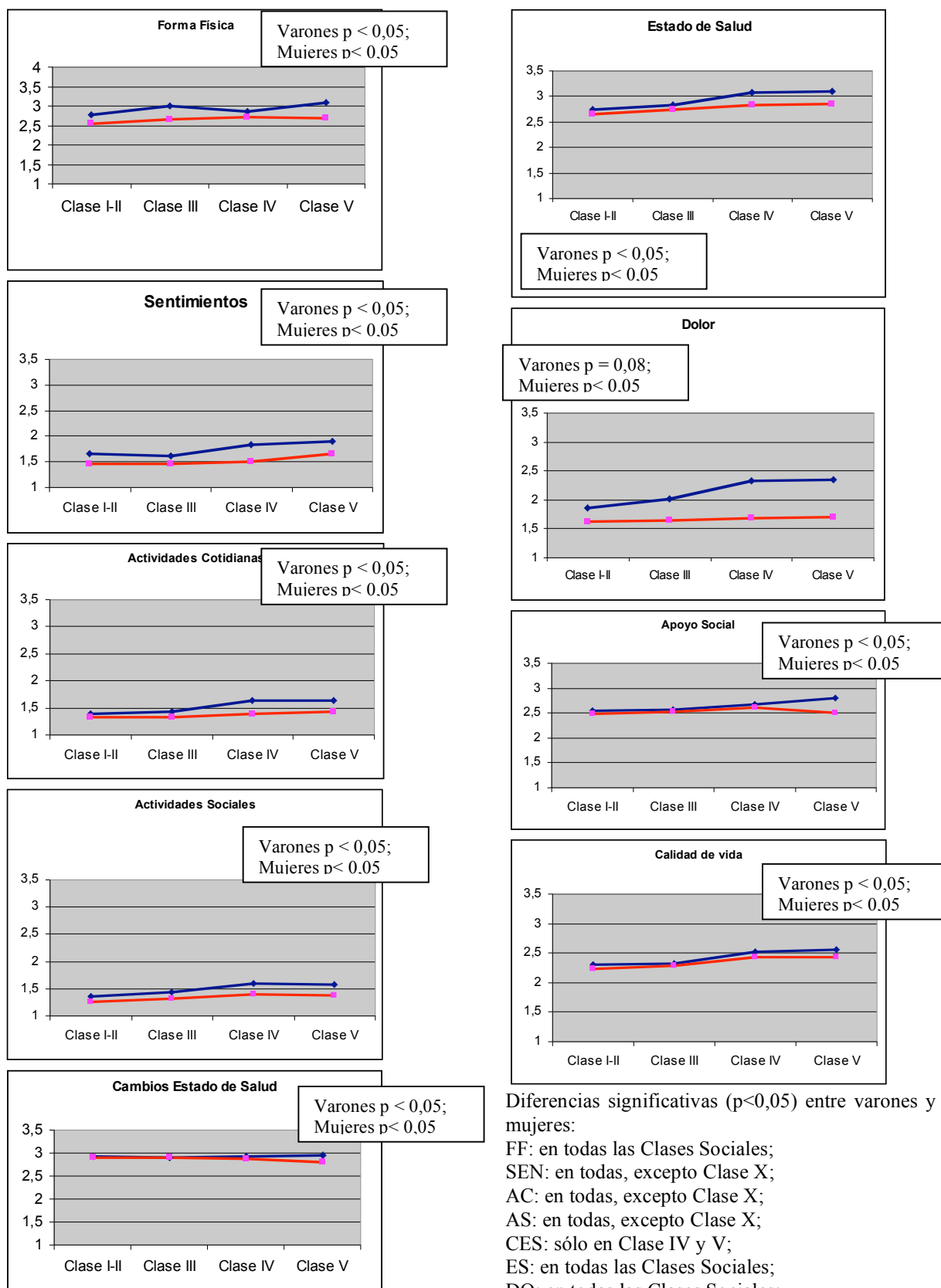
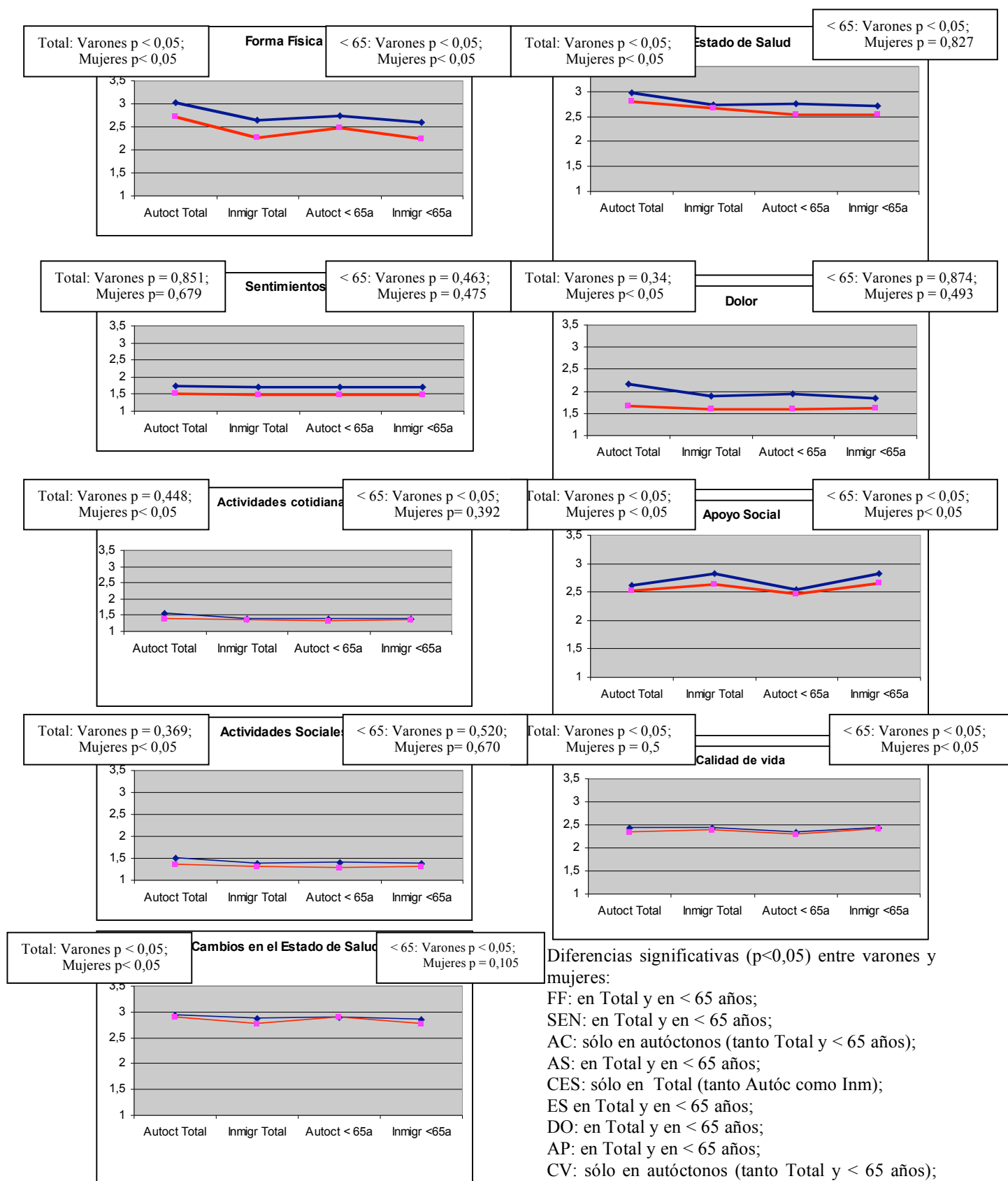


Figura 11: Puntuaciones medias según zona de origen (autóctonos e IPRB) y sexo y para menores de 65 años y de 65 y más, en las 9 dimensiones de las viñetas COOO/WONCA de calidad de vida (Azul: mujeres; Rojo: Varones)



5.4. DISCUSIÓN

En el presente estudio se ha administrado la versión española de las viñetas COOP/WONCA de CVRS a una muestra probabilística de adultos mayores de 15 años residentes en la ciudad de Madrid en el año 2005. Los valores de las medias de las dimensiones y sumatorio de las viñetas, así como los percentiles poblacionales del sumatorio que se presentan, permitirán comparar la puntuación de la CVRS de una persona o un grupo concreto con su percentil o valor medio correspondiente y además podrán tomarse como valores de referencia para comparar con los datos que se obtengan en futuros estudios que utilicen esta herramienta de medición de la CVRS.

Como limitaciones del presente estudio debe señalarse el hecho de que los valores obtenidos sean de una única ciudad española, Madrid, si bien al tratarse de un estudio poblacional con una muestra probabilística de una ciudad española con una gran diversidad sociodemográfica económica y cultural, le confiere elementos de validez externa a los resultados obtenidos¹⁴⁸. No obstante, en el futuro, sería recomendable valorar la validez externa de los hallazgos obtenidos en toda la población española.

Por otra parte, y como fortalezas del estudio, los porcentajes obtenidos de “efecto techo” y “efecto suelo” ponen de manifiesto que las viñetas COOP/WONCA pueden detectar tanto mejoras en el estado de salud (el porcentaje de sujetos con puntuación mínima puede crecer) como empeoramientos (el porcentaje de sujetos con puntuación máxima puede crecer). Además el bajo porcentaje de valores perdidos en cada una de las dimensiones indica que las viñetas no ofrecen dificultad en su administración, lo que contribuye a que los datos obtenidos tengan una mayor fiabilidad. Asimismo, un alfa de Cronbach de 0,77 y correlaciones significativas entre dimensiones también dan cuenta de la buena consistencia interna de la herramienta; valores de alfa de Cronbach de 0,70 son considerados como mínimos apropiados para llevar a cabo comparaciones entre grupos¹⁴⁹.

Si bien la viñetas han sido aplicadas en varios estudios en el entorno español²²⁻²⁵, es la primera vez que se administra en un estudio poblacional que permita la obtención de valores de referencia, los cuales son fundamentales para facilitar la aplicabilidad del

instrumento dado que permiten aumentar la interpretabilidad de la medida de CVRS, y de esta manera se convierten en un instrumento útil para la práctica clínica^{8,20}.

Otros elementos que también ayudarían a implantar el uso de esta herramienta de CVRS, son el hecho de la baja carga para el entrevistado y para el entrevistador^{20, 150} que las viñetas COOP/WONCA suponen, dado que requieren poco tiempo de cumplimentación (poco más de cuatro minutos²⁰) y precisan de pocas habilidades lectoras y de comprensión por parte del entrevistado al contar con dibujos sencillos con símbolos reconocidos internacionalmente¹⁶.

Como ya han puesto de manifiesto otros estudios sobre CVRS,^{148,150,151, 152} en este trabajo también se observa que las mujeres tienen peores puntuaciones que los varones. Actualmente se manejan hipótesis que postulan que el soporte social puede ser uno de los determinantes que estén detrás de esa diferencia de género, aunque todavía los resultados no son concluyentes¹⁵³. Por otra parte, la morbilidad diferencial, también podría estar detrás de estas diferencias en la percepción de salud entre hombres y mujeres¹³⁵. También es consistente con la literatura el hecho de que exista un gradiente para la edad, de manera que a mayor edad hay peor CVRS¹⁵¹⁻¹⁵³, y un gradiente para la clase social^{148,154}, reflejándose peores puntuaciones a medida que se desciende en la escala de clase social.

En este trabajo también se reflejan las diferencias existentes entre población inmigrante procedente de países de renta baja y autóctonos, una realidad hasta ahora no abordada en nuestro entorno. Dadas las diferencias demográficas existentes entre población autóctona (más envejecida) y población inmigrante económica, resulta menos sesgado llevar a cabo las comparaciones en menores de 65 años, y aquí se ha podido observar como para las dimensiones de “Apoyo Social” y “Calidad de Vida” la población inmigrante presenta valores más altos, algo que queda escondido en las puntuaciones medias del sumatorio de CVRS (algo más bajas en población inmigrante, aunque no significativamente diferentes de la población autóctona cuando se trataba de menores de 65 años). En estudios fuera del entorno español se ha podido evidenciar que los indicadores de salud de la población inmigrante son en ocasiones mejores que los de la población autóctona, a pesar de

encontrarse en peores situaciones socioeconómicas, lo que se conoce como “paradoja latina”. Entre las explicaciones que se le han dado a estos hallazgos están la presencia de sesgos como el del “salmón” o el inmigrante sano³⁴. Por otra parte, también se ha puesto de manifiesto que, a medida que la población inmigrante lleva más tiempo residiendo en el país receptor, empeora su salud, en general convergiendo hacia la de la población nativa, y en un eje de tiempo prologado, colocándose en peores valores que los de la población autóctona²⁹.

Si bien es necesario realizar esta comparación con extremada cautela, las puntuaciones obtenidas en el presente estudio en las 9 dimensiones fueron similares a las obtenidas por el estudio MOS en 1990¹⁵⁵ (realizado con población urbana estadounidense atendida en Atención Primaria), aunque en general con valores más bajos, excepto en las dimensiones “Forma Física”, “Cambios en el Estado de Salud” y “Apoyo Social”, lo que en cierta medida traduce validez transcultural. Las diferencias observadas podrían atribuirse al tipo de población, dado que el estudio MOS fue realizado en población que acudía a consulta y que por lo tanto tenía mayor probabilidad de tener problemas de salud. El hecho de que la dimensión “Forma Física”, “Cambios en el estado de Salud” y “Apoyo Social” estén más elevados en nuestro estudio también puede estar relacionado con el mayor índice de envejecimiento de una ciudad como Madrid, además de que han mediado 15 años en relación con el estudio americano.

La ausencia de valores de referencia que permitan la interpretación de las puntuaciones obtenidas ha sido uno de los argumentos que se han dado para explicar que no se empleen de forma sistemática instrumentos de salud percibida en la práctica clínica. Los resultados de este trabajo pueden contribuir a superar esos obstáculos¹⁵⁶.

6. DISCUSIÓN GENERAL

6.1. Discusión del método

Para el enfoque de género es necesario comprender algunos conceptos como la naturalización, que, definida como la percepción esencialista y biologicista del cuerpo humano (especialmente algunos cuerpos humanos como las mujeres, los negros,...), lleva implícita la marginación social de estos colectivos por razones biológicas y anula toda posibilidad de transformación. Desde la naturalización, una biología y una psicología diferencial explicarían el diferente desempeño social de los hombres y de las mujeres (básicamente desde la capacidad reproductiva de las mujeres), favoreciéndose modelos explicativos que legitiman las desigualdades de género. Por otra parte, la aportación antropológica a las teorías feministas preserva del riesgo de hacer uniforme e universal la realidad de las mujeres, de manera que las conceptualizaciones y teorizaciones científicas no están nunca dissociadas de las concepciones culturales acerca de las relaciones y jerarquías sociales. Son por tanto las desigualdades de género las que interpretan y ayudan a comprender las diferencias biológicas (de sexo) de una determinada manera y no al revés. Desde este planteamiento, no se tiene o se es de un determinado género, sino que el género se hace, se construye a través de prácticas corporales, sociales e institucionales^{69,70}.

Se ha podido comprobar en los modelos multivariantes como la variable sexo genera múltiples términos de interacción. Por lo tanto el llevar a cabo modelos multivariantes desagregados por sexo permitiría una mayor comprensión y riqueza interpretativa, dado que proporciona el escenario para que se exprese la complejidad del constructo de género, en lugar de ser controlado si la variable sexo es incorporada en los modelos, porque ser mujer no se reduce a no ser hombre, como ser negro no se reduce a no ser blanco. Por otra parte, el enfoque de género no es sólo apropiado para estudiar la salud de las mujeres, porque los modelos desagregados por sexo, permiten conocer como interactúa por ejemplo el trabajo, de manera distinta en la salud de los hombres y de las mujeres¹⁰⁹⁻¹¹⁴. Es conveniente resaltar sin embargo qué cuestiones acerca de la magnitud y la significación de la diferencia entre varones y mujeres no son las fundamentales a investigar bajo este enfoque porque las medidas de asociación obtenidas en los diferentes modelos no son comparables entre ellas^{109,111}.

El enfoque de género ha ido ganando protagonismo en los últimos años, señal de ello es la reciente Ley Orgánica para la igualdad efectiva de mujeres y hombres (Nº 71/2007, de 23 de marzo de 2007), concretamente en su artículo 27 indica *"obtener los datos, desagregados por sexos, contenidos en registros, encuestas, estadísticas u otros sistemas de información médica y sanitaria"*, de lo que se hace eco la comunidad científica¹¹³. También en la 5ª monografía de la Sociedad Española de Epidemiología¹¹⁴, se indica: *"...no es suficiente ajustar modelos (de regresión) según el sexo (sexo como variable de confusión). También es importante considerar las relaciones e interacciones del sexo con otras variables de contexto.." "...es conveniente estratificar las variables por sexo desde el comienzo para identificar su comportamiento por separado en cada sexo."*

En lo que respecta al análisis de la condición de inmigración, y especialmente de los Inmigrantes procedentes de Países de Renta Baja (IPRB), cabe hacer también ciertas consideraciones que tienen su impacto metodológico. En primer lugar se parte de que la condición de inmigrante, como *la persona que llega a un país donde no ha nacido para fijar su residencia*¹⁰⁴, y operacionalizada fundamentalmente a través del país de nacimiento, puede usarse para atrapar elementos etnoraciales de la persona^{29,157}.

Por otra parte, el manejo de la variable raza/etnia como causa no se corresponde con la definición de causa en las hipótesis puramente biológicas, dado que no se trata de una condición interna del sujeto esencial e inalterable, sino que responde a la conciencia subjetiva del individuo que generalmente se autoclasifica en una u otra raza/etnia en función de las expectativas sociales basadas en el fenotipo y en la conducta. Desde esta concepción las investigaciones etiológicas sobre las diferentes contribuciones de la raza/etnia, deberían centrarse en cómo afecta determinada identidad a los diagnósticos, los tratamientos y el acceso a los servicios. Además como la raza/etnia se determina en primer lugar en los sujetos, todas las posibles covariables se convierten en causas intermedias. Esta realidad es la que lleva a proponer que se lleven a cabo modelos desagregados para inmigrantes y para autóctonos, ya que el ajuste de causas intermedias no suele producir resultados válidos^{115,116}.

El género y la inmigración (también manejada como concepto etno/racial), han sido objeto de estudio por los vínculos existentes entre ellos. La población de IPRB generalmente suele estar más empobrecida que la autóctona, y como las mujeres suelen ser más pobres que los hombres, es probable que los efectos socioeconómicos sean más importantes en ellas. El idioma puede conllevar sesgo de selección en los estudios, y es más frecuente que las pérdidas o no estar dentro de los criterios de inclusión afecten más a mujeres que a hombres, porque por cuestiones laborales, es más probable que los hombres hablen el idioma del país receptor que las mujeres. También es importante contemplar las diferentes situaciones por las que una mujer migra, dado que unas lo hacen por razones económicas siendo ellas las cuidadoras principales de la familia, dejando incluso a sus hijos en su país (por ejemplo las mujeres centroamericanas); otras emigran solas en busca de mayor autonomía y desarrollo personal (mujeres de los países del Este de Europa); y otras fundamentalmente siguen a sus maridos teniendo como objetivo la unidad familiar (mujeres africanas). Esto genera escenarios muy distintos de cómo se va a desarrollar el proceso migratorio y la incorporación en el nuevo país^{29,158}.

Tomando en consideración los planteamientos conceptuales y metodológicos anteriores, los análisis estadísticos realizados en esta memoria de investigación fueron desagregados por sexo y por condición de inmigrante de países de renta baja o no, con la intención de hacer un avance comprensivo sobre los determinantes socioculturales y demográficos que están detrás o que caracterizan la salud autopercibida y la CVRS de los hombres y de las mujeres con diferentes bagajes socioculturales y económicos que conlleva ser autóctono o no. Existe la limitación metodológica intrínseca para la comparación de los ORs obtenidos en los modelos de regresión, pero como se ha argumentado con anterioridad, se propone como una posibilidad para comprender más en profundidad aquello que se relaciona/determina la salud. No se trata en primera instancia de comparar la magnitud de la asociación entre hombres y mujeres o entre población inmigrantes y población autóctona, sino de esclarecer el cortejo de factores sociodemográficos que rodean a la SA o la CVRS en constructos socioculturales que conforman el género y la condición de inmigrante o autóctono/a.

También es preciso señalar algunas limitaciones metodológicas que tiene su impacto en la validez de los resultados.

Por una parte, el hecho de haber llevado a cabo un diseño descriptivo transversal no permite garantizar la premisa de precedencia temporal, necesaria para el análisis de relaciones causales¹⁵⁹. Este hecho hace mirar con cautela los resultados y proponer la necesidad de realizar estudios analíticos longitudinales que eliminen este sesgo. En cualquier caso es preciso mencionar también, como ha sido señalado por otros autores^{75,112}, que cuando estamos explorando salud o calidad de vida autopercibida no es inequívoco plantear determinado eje causal. Es decir, una buena salud percibida puede determinar que tenga o se busque una u otra ocupación, pero también los problemas laborales pueden desencadenar una mala percepción de salud.

Otra cuestión de peso es el reducido tamaño muestral con el que se han tenido que llevar a cabo algunos análisis estadísticos, fundamentalmente en la población inmigrante, y concretamente en el colectivo de hombres. Esta limitación, además de conllevar intervalos de confianza muy imprecisos de las estimaciones y pérdida de significación de ciertas variables en los análisis multivariantes, no ha permitido que se pudieran realizar análisis por subgrupos dentro de la población inmigrante, atendido a su zona de origen.

6.2. Discusión de los resultados

6.2.1. CVRS y Salud Autopercibida (SA) bajo la condición de inmigración y desde una perspectiva de género

La SA y la CVRS están profundamente impregnadas de cuestiones culturales en donde el género o la condición de inmigración juegan un papel crucial. Al igual que en otros estudios, los resultados presentados en esta tesis ponen de manifiesto que tanto la SA como la CVRS son peores en las mujeres^{126,128,130,131}.

Las mujeres, no sólo tienen peor percepción de salud y CVRS que los hombres, sino que además existen diferencias en el peso o importancia que le dan a cada una de las dimensiones o dominios de la CVRS. Los resultados expuestos revelan que la dimensión de Dolor está más presente en las mujeres y que su Forma Física es peor. Además, el

mayor empeoramiento que se produce en las mujeres a medida que se aumenta en edad y se descende en clase social de la CVRS, tiene que ver sobre todo con la peor Forma Física, más Dolor y los problemas emocionales, y especialmente en las clases sociales más desfavorecidas, con el bajo apoyo social. Según el modelo propuesto por Nord¹¹ (Figura 1), la alteración en la dimensión de la salud física es la que conduce a percibir mala calidad de vida, por lo tanto el hecho que las dimensiones peor percibida por las mujeres sean la de Forma Física y el Dolor explica que su CVRS sea peor que la de los hombres. Por otra parte, Bowling¹⁴ ponía de manifiesto que las mujeres priorizaban la dimensión relativa a las relaciones familiares, mientras que los hombres le dan más importancia a las cuestiones económicas y laborales, hallazgos que se mantenían después de controlar la variable situación marital. Pardo Moreno et al³¹ obtenían similares resultados con los inmigrantes subsaharianos en España. En una investigación etnográfica¹⁶⁰ con mujeres México-americanas contemporáneas, éstas revelaban que la buena salud estaba asegurada generando un entorno de apoyo emocional para sus hijos. La comida, en la que era importante combinar la tradición y la nutrición, era vista como elemento fundamental para el mantenimiento de la salud. También el ocio y el ejercicio eran factores importantes para mantener la salud. También, una investigación cualitativa llevada a cabo con mujeres afganas e hindúes residentes en Canadá¹⁵⁸, resalta lo importante que es para sentirse saludable la participación de la población inmigrante en la sociedad del país receptor como seres culturales.

Los datos presentados en esta tesis muestran la existencia de diferencias significativas entre población inmigrante y autóctona en todas las variables sociodemográficas exploradas (excepto el sexo) entre las que se encuentran las relacionadas con el trabajo. La población inmigrante tiene en mayor proporción contratos temporales, de duración desconocida o sin contrato que la autóctona. Además, dentro del colectivo de población inmigrante, son los hombres los que salen peor parados, siendo a la inversa en la población autóctona. También son los inmigrantes (sobre todo los hombres) los que manifiestan “temor de perder su empleo” en mayor proporción, pero sorprendentemente reflejan en menor porcentaje que los autóctonos, tanto hombres como mujeres, la influencia negativa de sus condiciones de trabajo en la vida diaria. En los análisis

multivariantes realizados, si bien en todos los subgrupos analizados la variable “influencia de las condiciones de trabajo en la vida” se asociaba significativamente a la SA, sólo en el modelo para hombres inmigrantes fue la que obtuvo el OR más elevado dentro del modelo (en las mujeres inmigrantes se posicionaba después de la edad). Como se expuso en el apartado Inmigración y Salud, existe todo un cortejo de determinantes de salud que acompañan al proceso migratorio, que en muchas ocasiones son el origen de desigualdades sociales entre extranjeros y nativos, y que antes o después dejan su impronta en la salud. Una de las esferas más susceptible para que aparezcan estas desigualdades es la del mundo del trabajo, dado que es una población en edad productiva^{37,38} y que además ha venido fundamentalmente a trabajar³¹. Cabe mencionar un reciente trabajo en España que muestra el mayor riesgo de lesiones por accidente de trabajo (fatales y no fatales)⁴⁴ de los trabajadores extranjeros frente a los autóctonos.

Sin lugar a dudas el trabajo ocupa un papel relevante en la vida de las personas, pero no lo es menos la participación en la vida social. La vulnerabilidad, como señala Castel¹⁶¹, *es una zona de turbulencias caracterizada por una precariedad en relación al trabajo y por una fragilidad de soportes relacionales*. Ya se puso de manifiesto en los resultados de esta tesis como a pesar de que los inmigrantes no tenían puntuaciones en CVRS diferentes a la de los autóctonos, en la dimensión del apoyo social tenían peores percepciones, tanto hombres como mujeres. La fragilidad de soportes relacionales supone una desestructuración de los ciclos de la vida (tiempo de aprendizaje, tiempo de actividad, tiempo de retiro), y esto conlleva una desestabilización en los modos de vida y en las redes relacionales. Como reflejan Wilkinson y Marmot¹⁶², la cohesión social ayuda a proteger la salud de las personas, porque se ha demostrado que el aislamiento social y la exclusión están asociados al incremento de tasas de muerte prematura y a la menor oportunidad de sobrevivir tras sufrir un evento cardíaco.

En los resultados presentados la prevalencia de regular/mala SA en hombres inmigrantes obtuvo el valor más bajo y, aunque no había diferencias significativas con los otros subgrupos (ya se ha comentado anteriormente el pequeño tamaño muestral en este subgrupo), cabe pensar que la persona inmigrante suele tener un buen estado de salud y ser joven, lo que se suele corresponder con mejor salud autopercibida y mejor CVRS

(tampoco la CVRS tuvo peores valores en la población inmigrante con respecto a la autóctona), lo que se ha visto reflejado en varios estudios, dándose explicaciones relacionadas con el fenómeno del inmigrante sano³⁴. También cabe argumentar, en aras de buscar explicaciones a este hallazgo, y acogiendo a la hipótesis que plantea que la población extranjera va adquiriendo los problemas de salud de los nativos²⁶, que los hombres inmigrantes llevan significativamente menos tiempo de estancia en nuestro país que las mujeres inmigrantes estudiadas. Además esta población, en muchas ocasiones, tiene un buen e incluso alto nivel educativo, lo que también se ha venido asociando a mejor salud percibida y mejor CVRS. Ahora bien, se está produciendo una situación sobre la que se ha de estar bien alerta, y es la no correlación entre nivel educativo y la calidad del puesto de trabajo^{37,38}. Hasta ahora la correlación entre estas dos variables era que a mayor nivel educativo, mejor situación laboral, pero ante esta nueva situación, no podemos esperar que el nivel educativo tenga los mismos efectos protectores que los conocidos hasta ahora. De hecho en los resultados expuestos el nivel educativo no permanecía como variable significativa en el modelo de regresión para hombres inmigrantes.

Ya se ha comentado anteriormente que las mujeres tienen peor salud percibida y peor CVRS que los hombres, pero si además a esta realidad le sumamos que está bajo el proceso migratorio, y que sufre la segregación laboral por razones de género presente en casi todos los entornos, hay más motivos para pensar que las mujeres van a tener peores indicadores aun. Ahora sí, es importante resaltar que muchas mujeres inmigrantes mejoran en los países receptores en lo que respecta a su reconocimiento social, es más, desarrollan un rol autónomo en el ámbito productivo que nunca tuvieron en sus países de origen, lo cual promueve su empoderamiento social.

En cualquier caso, cómo afecta el trabajo precario a hombres y mujeres, y si existen diferencias, es una cuestión todavía no suficientemente investigada, pero como señalan Menéndez et al¹⁴², existen cuestiones de género que sugieren que los daños podrían ser mayores en mujeres. Estas cuestiones son: 1) la división de género del trabajo, por la cual y teniendo en cuenta el patriarcado y la ideología del cabeza de familia, la mujer está desempleada o en formas de empleo no estándar (aquellos que no se ajustan a los

estándares de tiempo completo, contratos indefinidos o fijos y con beneficios) en mayor proporción que los hombres, y además las experiencias laborales pueden ser más ingratas. 2) La estructura de poder masculina promueve la segregación ocupacional, tanto horizontal como vertical, favoreciendo que la mujer sufra discriminación. 3) La desigualdad de clase social y la etnicidad también juegan un papel en el impacto del trabajo en las relaciones de género, de manera que una mujer inmigrante, con una clase social baja, tiene más probabilidad de tener impactos negativos en su salud relacionados con el empleo. 4) La división de género del trabajo doméstico hace que las mujeres asuman más cargas familiares, y si a esto se le suma un trabajo precario fuera del hogar, las consecuencias sobre la salud son mucho mayores. 5) Los puestos de liderazgo en el ámbito laboral han estado sobre todo vinculados a varones de raza blanca que trabajan a jornada completa; los trabajadores en empleos precarios además suelen quedar afuera de los intereses sindicales y por tanto de los acuerdos colectivos. Este último punto afecta especialmente a las mujeres (véase el caso de la desprotección a la maternidad) y sobre todo si son inmigrantes, dado que ocupan en un alto porcentaje puestos de trabajo no estándar o precarios como el servicio domésticos o empleos en la economía irregular^{29,44}. A todas estas cuestiones hay que sumarle la escasa atención que para la epidemiología ocupacional han tenido los problemas y las situaciones específicas de las mujeres. En esta memoria de investigación se ha podido comprobar que las prevalencias de regular/mala SA más altas se daban en las mujeres inmigrantes (no había diferencias significativas con los otros subgrupos, pero ya se ha señalado anteriormente el pequeño tamaño muestral en este subgrupo).

Si bien no ha sido objeto de esta tesis indagar sobre el acceso y la atención sanitaria que se brinda a la población inmigrante, sobre la base de estudios que ponen de manifiesto un trato desigual y discriminatorio, cabe pensar que esto puede tener también sus repercusiones en el estado de salud y por lo tanto en la salud percibida y en la CVRS.

6.2.2. La medición de la salud autopercebida y la CVRS en la práctica clínica

Tal y como se expuso en la Introducción (apartado 1.1.1) es preciso aclarar que los conceptos CVRS y el Estado de Salud no son equiparables, porque en la CVRS influyen

otras esferas de la vida y no sólo el estado de salud. Ahora bien, sí está demostrado como una mala percepción de la salud y de la calidad de vida tienen impacto en la morbilidad⁶⁻⁹.

Otra cuestión de peso son los componentes o dimensiones de un concepto complejo como la CVRS. Tal y como señalan Leplège y Hunt⁷, es cierto que muchos de los cuestionarios que se utilizan para medir la CVRS en realidad a lo que se aproximan es a determinar cómo impacta la enfermedad en general o cierta enfermedad específica en el estado de salud, pero es equívoco si lo que pretende medir es calidad de vida porque no es lo mismo que un paciente sea el que rellene el cuestionario, o que el cuestionario contemple sus preocupaciones (muchos de los cuestionarios recorren las preocupaciones de médicos u otros profesionales relacionados con las ciencias de salud, y en cierta manera fuerzan a los pacientes a que se posición ante éstas). De hecho puede darse la situación paradójica de personas que consideren su calidad de vida buena aun presentando grandes limitaciones funcionales, como es el caso de los ancianos. Esto es lo que se pone de manifiesto por ejemplo en la investigación que con mujeres embarazadas llevaron a cabo Cabañero Martínez y cols¹⁶³; la satisfacción con la vida no se veía disminuida a medida que se perdía capacidad funcional por la progresión del embarazo.

Otro tema de gran relevancia a la hora de diseñar instrumentos para medir la CVRS es la cultura de la comunidad a la que nos dirigimos. En muchas ocasiones los instrumentos diseñados para tal fin se están utilizando en entornos bien diferentes a aquellos en los que fueron generados. El hecho de haber llevado a cabo rigurosos y meticulosos procesos metodológicos de adaptación no subsana la debilidad estructural de que los instrumentos no contemplan la cultura, las creencias y los valores de la población en la que se aplican^{7,164}.

Las viñetas COOP/WONCA que se han utilizado en esta tesis muestran como fortalezas su facilidad de aplicación en el ámbito de la práctica clínica, tanto por la brevedad en su aplicación como por disponer de dibujos ilustrativos de las dimensiones¹⁶ a explorar que permiten traspasar las barreras que levantan la lengua y la cultura. Por otra parte, el hecho de haber sido aplicadas en una muestra probabilística de gran tamaño, ha permitido

la obtención de valores poblacionales de referencia, lo cual constituye una enorme ventaja para aumentar la interpretabilidad, y que por lo tanto sean menos los impedimentos a la hora de aplicarlos en el ámbito de la práctica, y no sólo en el marco de los ensayos clínicos y la evaluación de las intervenciones en salud¹⁵⁶.

7. CONCLUSIONES

A partir de los resultados obtenidos en esta memoria de investigación, teniendo en cuenta las limitaciones metodológicas mencionadas y el marco teórico presentado sobre la base de la literatura científica disponible, se derivan las siguientes conclusiones:

7.1. CONCLUSIONES DEL CAPÍTULO 4

Estas conclusiones son relativas tanto al Objetivo nº 1 como al Objetivo nº 2:

1. La prevalencia de regular/mala salud autopercebida (SA) es mayor en mujeres inmigrantes, seguido de mujeres autóctonas, hombres autóctonos y por último hombres inmigrantes. Si bien, y tras ajustar por edad, las diferencias son significativas (mediante el uso de intervalos de confianza) sólo entre hombres y mujeres autóctonos.
2. En hombres inmigrantes la regular/mala SA se asoció solamente con la regular/mala/muy mala calidad medioambiental percibida y con la influencia negativa de las condiciones de trabajo en la vida diaria, si bien hay que señalar el escaso tamaño muestral del que se disponía para hacer los análisis.
3. En mujeres inmigrantes la regular/mala SA se asoció con la regular/mala/muy mala calidad medioambiental percibida, la influencia negativa de las condiciones de trabajo en la vida diaria, la mayor edad, el nivel educativo más bajo y ser originaria de África. Si bien, sólo permanecieron en el modelo de regresión la calidad medioambiental percibida, la influencia de las condiciones de trabajo en la vida diaria y el nivel educativo.
4. En hombres autóctonos la regular/mala SA se asoció con la regular/mala/muy mala calidad medioambiental percibida, la influencia negativa de las condiciones de trabajo en la vida diaria, la mayor edad, las clases sociales más bajas, el menor nivel educativo, el no ser soltero, estar jubilado o desempleado, ser trabajador por cuenta propia, desconocer el tipo de contrato o estar sin contrato, temer a perder el empleo y vivir en una zona de renta familiar baja y bajo porcentaje de sujetos con un nivel superior a educación secundaria; sólo permanecieron en el modelo de

regresión la calidad medioambiental percibida, la influencia de las condiciones de trabajo en la vida diaria y el nivel educativo.

5. En mujeres autóctonas la regular/mala SA se asoció con la regular/mala/muy mala calidad medioambiental percibida, la influencia negativa de las condiciones de trabajo en la vida diaria, la mayor edad, las clases sociales más bajas, el menor nivel educativo, el no ser soltera, estar jubilada o ser ama de casas, ser trabajadora por cuenta propia, desconocer el tipo de contrato o estar sin contrato y vivir en una zona de renta familiar baja y bajo porcentaje de sujetos con un nivel superior a educación secundaria; sólo permanecieron en el modelo de regresión la calidad medioambiental percibida, la influencia de las condiciones de trabajo en la vida diaria, el nivel educativo y el estado civil. En otro modelo con buen ajuste quedaba incorporada la clase social en lugar del nivel educativo y además también era significativa la edad.

7.2. CONCLUSIONES DEL CAPÍTULO 5

Estas conclusiones son relativas tanto al Objetivo nº 3 como al Objetivo nº 4

1. La Calidad de Vida relacionada con la Salud (CVRS) empeora a medida que aumenta la edad y las mujeres tienen peor CVRS que los hombres a lo largo de todas las edades estudiadas (16 y más), aumentando la brecha en la medida que aumenta la edad, si bien hay que considerar que hay más mujeres que hombres a partir de los 65 años.
2. A medida que se desciende en la clase social, peor es la CVRS, si bien esta disminución en CVRS es más acentuada en la clase social X (jubilados, pensionistas amas de casa).
3. En todas las clases sociales las mujeres tienen peor CVRS que los hombres y además la brecha es mayor a medida que hay un descenso en la clase social, de

manera que las mujeres que se ubican en clases sociales bajas son las que peor CVRS tiene.

4. Tanto las mujeres inmigrantes como las autóctonas tienen peor CVRS que los hombres, siendo esta diferencia muy similar para ambos grupos.
5. En todas las dimensiones que componen la CVRS las mujeres tienen peor percepción que los hombres. Las dimensiones peor valoradas en las mujeres fueron la Forma Física, el Estado de Salud y el Apoyo Social. En los hombres estas tres también fueron las peor valoradas, pero en primer lugar se encontraba el Estado de Salud, seguido de la Forma Física y el Apoyo Social.
6. La brecha mayor entre hombres y mujeres se da en la dimensión Dolor, que además se incrementa a medida que se avanza en edad y se disminuye en clase social.
7. El mayor empeoramiento de la CVRS en mujeres tiene que ver fundamentalmente con las dimensiones de Forma Física, Sentimientos y Dolor. Además, en las mujeres que se encuentran en clases sociales más desfavorecidas, tiene más contribución el menor apoyo social percibido.
8. La población inmigrante no difiere en CVRS con respecto de la población autóctona, ahora bien, tiene menor apoyo social percibido y, si nos limitamos a población menor de 65 años, la población inmigrante tiene un empeoramiento no sólo en la dimensión de Apoyo Social sino también en la dimensión de la de Calidad de Vida.

8. RESUMEN

8.1. RESUMEN DEL CAPÍTULO 4 (Objetivos 1 y 2)

Objetivos: explorar la salud autopercebida (SA) en la población inmigrante procedente de países de renta baja y en la población nativa, ambos residentes en Madrid y describir los factores sociodemográficos asociados a la SA, desde una perspectiva de género.

Material y Método: Estudio descriptivo transversal basado en la Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2005 realizada a través de entrevista personal en el hogar en 8.504 sujetos. El estudio se limitó a los adultos entre 16 y 64 años (n= 5.704). La variable dependiente era la SA y las consideradas como independientes: edad; sexo; tiempo de estancia España; zona de origen; zona en la que habita; clase social; estado civil; nivel educativo; carga familiar; percepción de calidad medioambiental; situación laboral y precariedad laboral. En el tratamiento y análisis de los datos se computaron índices de estadística descriptiva, se realizaron análisis bivariantes y multivariante (regresión logística). Todos los análisis se realizaron de forma separada para hombres y mujeres, así como para la condición de inmigrante y autóctono. Se han calculado intervalos de confianza al 95% de seguridad y se ha trabajado con un nivel de significación inferior al 0,05.

Resultados: En la población autóctona, el 19.13% [CI95%: 17.6, 20.66] de las mujeres y el 14.46% [CI95%: 12.99, 15.92] de los hombres percibían regular/mal su salud. En la población inmigrante la prevalencia era del 17.09% [CI95%: 13.42, 20.75] para mujeres y 10.89% [CI95%: 7.73, 14.05] en los hombres. Al comparar las prevalencias ajustadas por edad, se daban diferencias estadísticamente significativas sólo entre hombres y mujeres autóctonas. En los análisis de regresión logística para hombres inmigrantes, la variable de mayor peso para una regular/mala SA fue la precariedad laboral ICT (precariedad laboral a través de las Influencia de las condiciones de trabajo en la vida cotidiana), con un OR de 4,53 [IC95%: 1,91, 10,97]. En las mujeres inmigrantes también la precariedad laboral ICT obtuvo el OR más elevado (2,87 [IC95%: 1,21, 6,83]). En los hombres autóctonos, el nivel de estudios, con un OR de 2,7 [IC95%: 1,61, 4,53] (categoría: primarios o sin estudios), fue la variable de mayor peso y en las mujeres autóctonas, el nivel de estudios obtuvo un OR de 5,1 [IC95%: 3,01, 8,64] (categoría: primarios o sin estudios).

Conclusiones: Existen desigualdades de género en la SA tanto en la población inmigrante como en la autóctona; siendo en ambos casos peor en las mujeres y con una mayor brecha en población inmigrante. Con respecto a los factores sociodemográficos asociados a la SA, se puede decir que existe similitudes para los cuatro subgrupos analizados, también existen patrones diferentes: en población inmigrante la precariedad laboral tienen mayor peso en los hombres, los cuales además no se ven protegidos por el nivel de estudios, en población autóctona femenina tiene mayor peso el nivel de estudios y el estado civil que sólo afecta a las mujeres. Es preciso seguir investigando esta realidad, con la finalidad de obtener claves sólidas que permitan la intervención en salud tendente a disminuir las desigualdades en salud entre hombres y mujeres, las cuales se ven acentuadas por la situación de ser inmigrante.

8.2. RESUMEN DEL CAPÍTULO 4 (Objetivos 3 y 4)

Objetivos: determinar el nivel de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de población adulta urbana residente en Madrid, bajo los ejes de inmigración, clase social y género y obtener valores poblacionales de referencia de las viñetas COOP/WONCA para población adulta urbana en el año 2005.

Material y Método: estudio descriptivo transversal basado en los datos de la Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2005. Se eligieron 7341 adultos mediante muestreo por conglomerados bietápico. La variable CVRS se midió a través de las viñetas COOP/WONCA de Calidad de vida (9 dimensiones) validadas culturalmente para población española. Otras variables estudiadas: edad, el sexo, estado civil, clase social, zona de origen (autóctona e Inmigrantes procedentes de Países de Renta Baja) y nivel de estudios. Tratamiento estadístico: índices de estadística descriptiva para las dimensiones y el sumatorio de CVRS; pruebas de contraste de hipótesis (Kruskal-Wallis, Mann-Whitney, ANOVA); análisis de consistencia interna y de correlación.

Resultados: Las mujeres reflejaron valores medios más altos (peor CVRS) que los hombres (20,84 vs 19,02). No se evidenciaron diferencias en la CVRS entre población inmigrante y autóctona (19,10 vs 20,13). Aumentaba significativamente el valor medio de las dimensiones y del sumatorio de CVRS con la edad, a medida que se desciende en la

clase social y según el país de origen (mayor en autóctonos, pero sin diferencias significativas en menores de 65 años). Las dimensiones “Forma Física” y “Dolor” tenían peores puntuaciones en mujeres en todos grupos de edad y todas las clases sociales. El coeficiente α de Cronbach para el cuestionario fue de 0,77.

Conclusiones: las mujeres reflejaron peor CVRS que los hombres de manera global y en cada una de las dimensiones. Existe un gradiente entre la CVRS (empeora) y la edad (aumenta) y la clase social (desciende). No se evidenciaron diferencias en la CVRS entre población inmigrante y autóctona. Se han obtenido valores poblacionales de referencia para población adulta urbana española según sexo, grupos de edad, clase social y condición de autóctono o inmigrante. Contar con valores de referencia contribuye a la interpretación de las puntuaciones obtenidas, lo que ayudaría al empleo de forma sistemática de instrumentos de salud percibida en la práctica clínica.

9. ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

9.1. ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Población de origen extranjero según sexo y zona de procedencia. 1 de enero de 2007	Pág 22
Tabla 2: Categorización de los distritos de la ciudad de Madrid según renta familiar y nivel de estudios	Pág 60
Tabla 3: Descriptiva de la población estudiada según estatus de inmigración y sexo	Pág 65
Tabla 4: Prevalencia de regular/mala salud autopercebida en hombres y mujeres inmigrante según variables sociodemográficas	Pág 70
Tabla 5: Modelos de regresión logística para hombres y mujeres en población Inmigrante procedente de Países de Renta Baja para la variable dependiente Salud Autopercebida Regular/mala	Pág 72
Tabla 6: Prevalencia de regular/mala salud autopercebida en hombres y mujeres autóctonos/as según variables sociodemográficas	Pág 73
Tabla 7: Modelos de regresión logística para hombres y mujeres en población autóctona para la variable dependiente Salud Autopercebida Regular/mala	Pág 75
Tabla 8: Características de la muestra estudiada según sexo	Pág 87

Tabla 9: Distribución de los valores de las 9 dimensiones de las viñetas
COOP/WONCA Pág 89

Tabla 10: Percentiles y media del sumatorio de las 9 viñetas
COOP/WONCA según grupo de edad y sexo Pág 91

Tabla 11: Percentiles y media del sumatorio de las 9 viñetas
COOP/WONCA según clase social y sexo Pág 92

Tabla 12: Percentiles y media del sumatorio de las 9 viñetas
COOP/WONCA según zona de origen y sexo Pág 93

9.2. INDICE DE FIGURAS

Figura 1: Estructura e interrelación de las dimensiones de la Calidad de Vida según Nord	Pág 14
Figura 2 : Relaciones entre las dimensiones o dominios de la calidad de vida en percepciones globales de la salud. Smith et al, 1999	Pág 15
Figura 3: Viñetas COOP/WONCA (Tomado de Lizán Tudela L y Reig Ferrer A)	Pág 19
Figura 4: Población inmigrante en España según zona (Región y país), 2007	Pág 23
Figura 5 : Mortalidad por enfermedades cardiovasculares y otras causas en varones y mujeres. Serie temporal 1989-2002. España. Tasas ajustadas por edad por la población estándar europea por 100.000 habitantes	Pág 39
Figura 6: Modelo de interrelación entre la salud autopercebida/CVRS, la condición de inmigración y el género	Pág 47
Figura 7: Esquema de la posible relación entre el trabajo precario, la salud y otras variables asociadas (tomado de Amable et al)	Pág 61
Figura 8: Prevalencia brutas y ajustadas por edad de regular/mala salud autopercebida (IC 95%) según estatus de inmigración y sexo	Pág 68

Figura 9: Puntuaciones medias según grupo de edad y sexo en las 9 Pág 95
dimensiones de las viñetas COOO/WONCA de calidad de vida

Figura 10: Puntuaciones medias según clase social y sexo en las 9 Pág 96
dimensiones de las viñetas COOO/WONCA de calidad de vida

Figura 11: Puntuaciones medias según zona de origen (autóctonos e Pág 97
inmigrantes) y sexo y para menores de 65 años y de 65 y más, en las 9
dimensiones de las viñetas COOO/WONCA de calidad de vida

10. BIBLIOGRAFÍA

¹ Ruíz Díaz MA, Rejas Gutiérrez J. Calidad de Vida y otras medidas de salud informadas por el paciente. En: Farmacoeconomía e Investigación de Resultados en Salud: Principios y Práctica. 3ª edición. Salamanca: Europa Artes Gráficas; 2001.p.115-59.

² Group WHOQOL. Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL). Qual Life Res. 1993; 2:153-9.

³ Centros para el Control y Prevención de Enfermedades [homepage en internet]. Atlanta: The CDC. [actualizado el 6 de diciembre de 2005; citado el 30 de agosto de 2008]. Calidad de Vida Relacionada con la Salud; [aprox. 2 pantallas]. Disponible en: <http://www.cdc.gov/spanish/hrqol/>

⁴ Schumaker S, Elis S, Naughton M. Assessing health-related quality of life in HIV disease: key measurements issues. Qual Life Res. 1997; 6: 475-0.

⁵ O'Brien BJ, Buxton MJ, Ferguson BA. Measuring the effectiveness of heart transplant programmes: quality of life data and their relationship to survival analysis. J Chronic Dis. 1987;40 Suppl 1:S137-58.

⁶ Idler EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. J Health Soc Behav. 1997 Mar;38(1):21-37.

⁷ Leplège A y Hunt S. El problema de la calidad de vida en medicina. JAMA (ed. esp.) 1998;7:19-23.

⁸ Alonso J. La medida de la calidad de vida relacionada con la salud en la investigación y la práctica clínica. Gac Sanit. 2000;14:163-7.

⁹ Schwartzmann L. Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. Cienc enferm. 2003;IX(2):9-21.

¹⁰ Piñol Jané A, Sanz Carrillo. Importancia de la evaluación de la calidad de vida en Aten Primaria. Gastroenterol Hepatol. 2004;27Supl 3:S49-S55.

¹¹ Nord E. Measuring Population health: A Organisation for Economic Cooperation and Development Survey of Multi-Attribute Utility Instruments. En: Pinto JL, López-Casanovas, Ortún V. (Edit). Economic Evaluation: From theory to practice. Springer-Verlang Ibérica; 2001.

¹² Smith KW, Avis NE, Assmann SF. Distinguishing between quality of life and health status in Qual Life Res: A metaanalysis. Qual Life Res. 1999;8:447-59.

-
- ¹³ Kind P. The Rol of the Quality of Life Measurement in Economic Evaluation: Lesson from the National Health Servicies. En: Pinto JL, López-Casanovas, Ortún V. (Edit). Economic Evaluation: From theory to practice. Springer-Verlang Ibérica; 2001.
- ¹⁴ Bowling A. What things are important in people's lives? a survey of the public's judgements to inform scales of health related quality of life. Soc Sci Med 1995;41:1447-62.
- ¹⁵ Velarde-Jurado E, Ávila-Figueroa C. Evaluación de la calidad de vida. Salud Pública de México 2002;44:349-61.
- ¹⁶ Lizán Tudela L y Reig Ferrer A. La evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud en la consulta: las viñetas COOP/WONCA. Aten Primaria. 2002;29:378-84.
- ¹⁷ BiblioPRO. Métodos de identificación de instrumentos [base de datos en Internet]. Unidad de Investigación en Servicios Sanitarios del IMI-Hospital del Mar. [citado 6 Sep 2008]. Disponible en: <http://bibliopro.imim.es/BiblioPRO.asp>
- ¹⁸ Nelson EC, Wasson JH, Kirrk JW. Assessment of function in routine clinical practice. Description of the COOP Chart method and preliminary findings. J Chronic Dis. 1987;40:55.
- ¹⁹ Nelson EC, Landgraff JM, Hays RD, Wasson JH, Kirk JW. The functional status of patients. How can it be measured in physicians' offices? Med Care. 1990;28:1111-26.
- ²⁰ Lizán Tudela L, Reig Ferrer A. Adaptación transcultural de una medida de la calidad de vida relacionada con la salud: la versión española de las viñetas COOP/WONCA. Aten Primaria. 1999;24:75-82.
- ²¹ The World Health Organization Quality of life assessment (WHOQOL). Position Paper from the World Health Organization. Soc Sci Med. 1995;41:1403-9.
- ²² García Olmos L, Miranda C, Barrios M, Arias P, Ogando B, Villegas MV. Medición de la capacidad funcional, con las láminas COOP-WONCA, en una población anciana. Aten Primaria. 1994;13:233-7.
- ²³ Lizán L, Reig A, Bartolomé B, Moro JJ, Sancho A. The Spanish version of the COOP/WONCA charts: self-assessed quality of life in different populations. Abstract Issue – 6th Annual Conference of the International Society for Qual Life Res; 1999 Nov 3-6; Barcelona, Spain. Qual Life Res. 1999;8:637.

-
- ²⁴ Lizán Tudela L, Reig Ferrer A, Richart Martínez M, Cabrero García J. Evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud mediante las láminas COOP/WONCA. *Med Clin. (Barc)* 2000;114 Supl 3:S76-0.
- ²⁵ Martín-Díaz F, Reig-Ferrer A, Ferrer-Cascales R. Assessment of health-related quality of life in chronic dialysis patients with the COOP/WONCA charts. *Nephron Clin Pract.* 2006;104(1):c7-14.
- ²⁶ Jansá JM, García de Olalla P. Salud e inmigración: nuevas realidades y nuevos retos. *Gac Sanit.* 2004; 18 Supl 1:S207-13.
- ²⁷ INEbase [base de datos en Internet]. Instituto Nacional de Estadística: Demografía y población. Padrón Municipal. Explotación estadística del padrón. [citado 5 Ago 2008]. Disponible en:
<http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t20/e245/p04/a2007&file=pcaxis> .
- ²⁸ Serrano-Gallardo P. Inmigración y Salud en España. *Rev ROL Enf.* 2007;30:727-32. Citado en PubMed; PMID 18274399.
- ²⁹ Llacer A, Zunzunegui MV, del Amo J, Mazarrasa L, et Bolumar F. The contribution of a gender perspective to the understanding of migrants' health. *J Epidemiol Community Health.* 2007; 61Suppl 2:ii4-ii10
- ³⁰ Integración de Inmigrantes [homepage in Internet]. Ginebra: Organización Internacional para las Migraciones. [citado 7 Ago 2008]. Disponible en:
<http://www.iom.int/jahia/Jahia/lang/es/pid/282>
- ³¹ Pardo Moreno G, Engel Gómez JL, Agudo Polo S. Motivos para emigrar y principales preocupaciones de los inmigrantes subsaharianos en Madrid. *Metas enferm.* 2007;10: 692-696.
- ³² Remennick LI. Immigrants from Chernobyl-affected areas in Israel: the link between health and social adjustment. *Soc Sci Med.* 2002;54:309-17.
- ³³ Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid. Estudio del mapa alimentario de la población inmigrante residente en la Comunidad de Madrid. Madrid: Instituto de Salud Pública; 2002.
- ³⁴ Abraido-Lanza AF, Dohrenwend BP, Ng-Mak D, Turner JB. The Latino mortality paradox: a test of the «salmon bias» and healthy migrant hypotheses. *Am J Public Health.* 1999;89:1543-8.

-
- ³⁵ Benítez Robledo T, Llerena Achútegui P, López Giménez R, Bruguera Moreno C, Lasheras Lozano L et al. Determinantes socioeconómicos en un colectivo de familias inmigrantes. *An Pediatr.* 2004; 60(1):9-15.
- ³⁶ INEbase [base de datos en Internet]. Instituto Nacional de Estadística. Indicadores sociales – Edición 2006 [citado 25 Ago 2008] Disponible en: <http://www.ine.es/daco/daco42/sociales06/sociales.htm>
- ³⁷ Fundación Encuentro. Inmigración y Mercado laboral. Informe España 2006. Madrid: Fundación Encuentro; 2006.
- ³⁸ Parra A, Fernández Baraibar J, García López J, Ayestarán JR, Extramiana E. Mercado de trabajo, salud laboral e inmigración. *An Sist Sanit Navar.* 2006;29 Supl 1:S77-95.
- ³⁹ Schulz AJ, Gravlee CC, Williams DR, Israel BA, Mentz G, Rowe Z. Discrimination, symptoms of depression, and self-rated health among African American women in Detroit: results from a longitudinal analysis. *Am J Public Health.* 2006 ;96:1265-70.
- ⁴⁰ Centro de Investigaciones Sociológicas. Barómetro Julio 2008. [citado 7 Ago 2008]. Disponible en: http://www.cis.es/cis/opencms/ES/Novedades/Documentacion_2769.html
- ⁴¹ Centro de Investigaciones Sociológicas. Latinobarómetro 2007. [citado 7 Ago 2008]. Disponible en: http://www.cis.es/cis/opencm/ES/1_encuestas/estudios/ver.jsp?estudio=8240
- ⁴² Godoy Portero P, Mattieu G. Inmigración, Salud y Servicios Sanitarios. Documentos Técnicos de Salud Pública nº 91. 2ª edición. Madrid: Instituto de Salud Pública. Consejería de Sanidad y Consumo; 2006.
- ⁴³ Plaza del Pino FJ, Martínez Gálvez L, Rodríguez Alonso J, Plaza del Pino MD. Visión de los profesionales de Enfermería sobre los pacientes marroquíes. *Metas enferm.* 2007;10:789-90.
- ⁴⁴ López-Jacob MJ, Ahonen E, García AM, Gil A, Benavides FG. Comparación de las lesiones por accidente de trabajo en trabajadores extranjeros y españoles por actividad económica y comunidad autónoma (España, 2005). *Rev Esp Salud Pública.* 2008; 82: 179-187.
- ⁴⁵ Cots F, Castells X, Ollé C, Manzanera R, Varela J, Val O. Perfil de la casuística hospitalaria de la población inmigrante de Barcelona. *Gac Sanit.* 2002;16:387-94.

-
- ⁴⁶ Fundación Encuentro. Informe España 2003. [citado 16 feb 2006]. Disponible en: <http://www.fund-encuentro.org/informes/In-2003.htm>
- ⁴⁷ Hernández Sánchez A, de Dios del Valle R, Franco Vidal A, Tena Ortega G, Grueso Muñoz E y Muedra Sánchez. Características de la asistencia a la población inmigrante en un Centro de Salud. *Semergen* 2004; 30:431-6.
- ⁴⁸ Rue M, Cabre X, Soler-González J, Bosch A, Almirall M, Serna MC. Emergency hospital services utilization in Lleida (Spain): a cross-sectional study of immigrant and Spanish-born population. *BMC Health Services Research* 2008;8:81. Disponible en: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?tool=pubmed&pubmedid=18402704>
- ⁴⁹ Díaz Olalla JM (dirección técnica). Estudio de Salud de la Ciudad de Madrid [monografía en Internet]. Madrid: Ayuntamiento de Madrid. Madrid Salud; 2008 [citado 25 Ago 2008]. Disponible en: <http://www.madridsalud.es>
- ⁵⁰ Abramson J.A. Métodos de Estudio en Medicina Comunitaria. Madrid: Díaz de Santos; 1990.
- ⁵¹ Ochoa Mangado E, Vicente Muelas N, Lozano Suárez N. Síndromes depresivos en la población inmigrante. *Rev Clin Esp.* 2005;205:116-8.
- ⁵² Achotegui J. La emigración en condiciones difíciles: el síndrome del inmigrante con el estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises). *Vertex.* 2005;16:105-13.
- ⁵³ Barro Lugo S, Saus Arús M, Barro Lugo A, Fons Martí M. Depresión y ansiedad en inmigrantes no regularizados. *Aten Primaria.* 2004; 34:106.
- ⁵⁴ Rajmil L, Gispert Magarolas R, Roset Gamisans M, Muñoz Rodríguez PE, Segura Benedicto A. Prevalencia de trastornos mentales en la población de Cataluña. *Gac Sanit.* 1998; 12:153-159.
- ⁵⁵ Instituto Nacional de Estadística. Movimiento natural de la población. [citado 6 Sep 2008]. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np507.pdf>
- ⁵⁶ Salazar A, Navarro-Calderón E, Almela F, Abad I, Borrás R, González A et al. Altas hospitalarias de la población inmigrante en la ciudad de Valencia. *Boletín epidemiológico semanal* 2003; 11(5):49-52.
- ⁵⁷ De la Torre J, Coll C, Coloma M, Martín JI, Padron E, González González NL. Control de gestación en inmigrantes. *An. Sist. Sanit. Navar.* 2006; 29 Supl 1:S49-61.

⁵⁸ Puiggròs MD, Figaró Voltà C, Loverdos Esevenri I, Costa Colomer J y Badia Barnusell J. Gestante inmigrante y morbilidad neonatal. *An Pediatr (Barc)*. 2008;68:596-601.

⁵⁹ Bada JL. Enfermedades importadas. *Enf Infec Microbiol Clin* 1988;6:395-397.

⁶⁰ Gentillini. Aspects médico-sociaux des migrations. En: *Medicina Tropicale*. Paris: Slammarion; 1993.

⁶¹ Roca C, De Balanzó X. Enfermedades importadas en inmigrantes: mito y realidad. *An. Sist. Sanit. Navar*. 2006; 29 Supl 1:139-144.

⁶² Sanz JC, Lemos C, herrera D, Ramírez-Fernández R. Brote de rubéola en población inmigrante de origen latinoamericano. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2004;22:197-200.

⁶³ Instituto de Salud Carlos III. Centro Nacional de Epidemiología. Ministerio de Sanidad y Consumo. Vigilancia epidemiológica del Sida en España registro nacional de casos de sida actualización a 31 de diciembre de 2007. Informe semestral nº 2, año 2007. Registros autonómicos de casos de sida centro nacional de epidemiología. [citado 7 Sep 2008].

Disponible en:

http://www.isciii.es/htdocs/centros/epidemiologia/pdf/SPNS_Informe_semestral.pdf

⁶⁴ Centro Nacional de Epidemiología. Vigilancia epidemiológica del VIH en España. Valoración de los nuevos diagnósticos de VIH en España a partir de los sistemas de Notificación de casos de las CCAA. Periodo 2003-2006. Actualización 30 de junio de 2007. [citado 4 Ago 2008]. Disponible en:

http://www.isciii.es/htdocs/pdf/nuevos_diagnosticos_ccaa.pdf

⁶⁵ Instituto de Salud Pública. Consejería Comunidad de Madrid. Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid. Informe del año 2006. *Bol Epidemiol Comunidad Madr*. 2007;13(12):3-41.

⁶⁶ Ordobás Gavín M, Cañellas Llabrés S, García Fernández C, García Comas L, Gutiérrez Rodríguez MA, Rodero Garduño I et al. Tuberculosis en la comunidad de Madrid. Incidencia en personas extranjeras y españolas durante el período 1996-2004. *Rev Esp Salud Pública*. 2007; 81: 597-604.

⁶⁷ Masvidal Aliberch RM, Miguel Gil B, Vall Mayans M, Zabaleta del Olmo E, Carnero Olmedo E, Rodríguez de la Rubia Rodríguez-Manzaneque C. Estudio de la infección tuberculosa en una zona de gran incidencia de tuberculosis y con un elevado porcentaje de inmigrantes. *An Pediatr*. 2004;60:22-7.

-
- ⁶⁸ De Villota P. Globalización y Género. Madrid: Editorial Síntesis; 1999.
- ⁶⁹ Esteban ML. El estudio de la Salud y el Género: las ventajas de un enfoque antropológico y feminista. *Salud colect.* 2006;2:9-2
- ⁷⁰ Inhorn MC, Whittle L. Feminism meets the “new” epidemiologies: forward an appraisal of antifeminist biases in epidemiological research on women’s health. *Soc Sci Med.* 2001; 53:553-567.
- ⁷¹ Ruíz MT, Verbrugge LM. A two view of gender bias in medicine. *J. Epidemiol. Community Health.* 1997;51:106-109.
- ⁷² Cecilia Cruz A, Noriega M y Garduño MA. Trabajo remunerado, trabajo doméstico y salud. Las diferencias cualitativas y cuantitativas entre mujeres y varones. *Cad Saúde Pública.* 2003;19:1120-1138.
- ⁷³ Borrell C, Muntaner C, Benach J, Artazcoz L. Social class and self-reported health status among men and women: what is the role of work organisation, household material standards and household labour? *Soc Sci Med.* 2004;58:1869-87
- ⁷⁴ Artazcoz L, Artieda L, Borrell, C, Cortès I, Benach J, García V. Combining job and family demands and being healthy: What are the differences between men and women? *Eur J Public Health.* 2004;14:43-48.
- ⁷⁵ Lee C, Powers JR. Number of Social Roles, Health, and Health-Being in three generations of Australian Women. *Int J Behav Med.* 2002;9:195-215.
- ⁷⁶ Artazcoz L, Borrell C, Benach J. Gender inequalities in health among workers: the relation with family demands. *J Epidemiol Community Health.* 2001;55:639-47.
- ⁷⁷ Rohlfs I, De Andres J, Artazcoz L, Ribalta M, Borrell C. Influencia del trabajo dentro y fuera de casa sobre el estado de salud percibido de las mujeres. *Med Clin.* 1997; 108:566-571.
- ⁷⁸ Walter N, Bourgois P, Loinaz HM. Masculinity and undocumented labor migration: injured latino day laborers in San Francisco. *Soc Sci Med.* 2004;59:1159-1168
- ⁷⁹ Tomás C, Zunzunegui MV, Moreno LA, Germán C. Dependencia evitable para las actividades de la vida diaria: una perspectiva de género. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2003;38:327-33

-
- ⁸⁰ García-Calvente M del M, Mateo-Rodriguez I, Maroto-Navarro G. El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres. *Gac Sanit.* 2004; 18 Supl 2:S83-92.
- ⁸¹ Sander et al. Couples Surviving prostate Cancer: Long-Term Intimacy Needs and Concerns Following Treatment. *Clin J Oncol Nurs.* 2006;10:503-508.
- ⁸² Centro Nacional de Epidemiología. Enfermedades Cardiovasculares. [citado 4 Ago 2008]. Disponible en:
http://www.isciii.es/htdocs/centros/epidemiologia/epi_enfcardio_tabla3.jsp
- ⁸³ Emslie C. Women, men and coronary heart disease: a review of qualitative literature. *J Adv Nurs.* 2005;51:382-395.
- ⁸⁴ Albarran JW, Clarke BA, Crawford J. 'It was not chest pain really, I can't explain it!' An exploratory study on the nature of symptoms experienced by women during their myocardial infarction. *J Clin Nurs.* 2007;16:1292-301.
- ⁸⁵ Nau DP, Ellis JJ, Kline-Rogers EM, Mallya U, Eagle KA, Erickson SR. Gender and perceived severity of cardiac disease: evidence that women are "tougher". *Am J Med.* 2005;118:1256-1261.
- ⁸⁶ Hu G, Jousilahti P, Qiao Q, Peltonen M, Katoh S, Tuomilehto J. The gender-specific impact on diabetes and myocardial infarction at baseline and during follow-up on mortality from all causes and coronary heart disease. *J Am Coll Cardiol.* 2005;45:1413-1418
- ⁸⁷ Agencia de Investigación y Secciones Científicas de la Sociedad Española de Cardiología. Enfermedad Cardiovascular en la Mujer. Estudio de la situación en España. Madrid: Observatorio de la Salud de las Mujeres. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007. [citado 4 Ago 2008]. Disponible en:
<http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/enfCardiovascMujerEspana.pdf>
- ⁸⁸ Castilla J, Lorenzo JM, Izquierdo A, Lezaun ME, López I, Moreno-Iribas C et al. Características y tendencias de los nuevos diagnósticos de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (2000-2004). *Gac Sanit.* 2006;20:442-8.
- ⁸⁹ García-Sánchez I. Diferencias de género en el VIH/sida. *Gac Sanit.* 2004; 18 Supl 2:47-54.
- ⁹⁰ Sandelowski M, Lambe C, Barroso J. Stigma in HIV-Positive women. *J nurs scholarsh.* 2004;36:122-128.

-
- ⁹¹ Bernal Pérez M, Melguizo A, Gómez Bernal FJ, Gómez bernal GJ. El comportamiento del cáncer por género. Su prevención. *Oncología* 2003; 26:205-210.
- ⁹² Mucha L, Stephenson J, Morandi N, Dirani R. Meta-analysis of disease risk associated with smoking, by gender and intensity of smoking. *Gend Med.* 2006 ;3:279-91.
- ⁹³ Meditz AL, Borok M, MaWhinney S, Gudza I, Ndemera B, Gwanzura L, Campbell TB. Gender differences in AIDS-associated Kaposi sarcoma in Harare, Zimbabwe. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2007 ;44:306-8.
- ⁹⁴ Baider L, Bengel J. Cancer and the spouse: gender-related differences in dealing with health care and illness. *Crit Rev Oncol Hematol.* 2001;40:115-123.
- ⁹⁵ Usall J. Diferencias de género en los trastornos del estado del ánimo: una revisión de la literatura. *Actas Esp Psiquiatr.* 2001;29:269-274.
- ⁹⁶ Usall J. Diferencias de género en la esquizofrenia. *Rev Psiquiatría Fac Med Barna.* 2003;30:276-287.
- ⁹⁷ Moreno Luna ME, Clemente Lirola E, Piñeo Acín MJ, Martínez Matías MR, Alonso Gómez F, Rodríguez Alcalá FJ. Influencia del género en el manejo de cuadros ansioso/depresivos. *Aten Primaria.* 2000;26:554-558.
- ⁹⁸ Gil-García E, Romo Avilés N, Poo Ruíz M, Meneses Falcón C, Markez Alonso I, Vega Fuente A. Género y psicofármacos: la opinión de los prescriptores a través de una investigación cualitativa. *Aten Primaria.* 2005;35:402-407.
- ⁹⁹ Córdoba-García R, Álvarez JL, Monreal-Hijar A, Pablo-Cerezuela FJ. Los profesionales sanitarios de atención primaria aconsejan más a varones que a mujeres fumadoras. *Aten Primaria.* 2006;37:420-421.
- ¹⁰⁰ Galdas PM, Cheater F, Marshall P. Men and health help-seeking behavior; literature review. *J Adv Nurs.* 2005;49:616-623.
- ¹⁰¹ Monteagudo-Piqueras O, Sarriá-Santamera A. Diferencias entre varones y mujeres respecto a la mortalidad hospitalaria y la utilización de procedimientos en el infarto agudo de miocardio. *Gac Sanit.* 2006 ; 20(1): 77-78.
- ¹⁰² Hernández-Tezoquipa I, Arenas-Monreal ML, Valdés-Santiago R. “No dejarse caer en cama”: las mujeres y los servicios de salud. *Cad Saúde Pública.* 2005;21(4):1210-1216.

-
- ¹⁰³ Theobald S, Tolhurst R, Bertel Squire S. Gender, equity: new approaches for effective management of communicable diseases. *Trans R Soc Trop Med Hyg.* 2006;100:299-304.
- ¹⁰⁴ Malmusi D, Jansá JM, López del Vallado. Recomendaciones para la investigación e información en salud sobre definiciones y variables para el estudio de la población inmigrante de origen extranjero. *Rev Esp Salud Pública.* 2007;81:399-408.
- ¹⁰⁵ Oliver MN and Muntaner C. Race or class, or race and class? Researching health inequities among african americans: the imperative to understand social class. *Ingt J Health Serv.* 2005;35:485-498.
- ¹⁰⁶ Guidelines for the collection of data on 18 IHS items -International Health Survey-, Recomendaciones de la Unión Europea (UE) para la recogida mínima de datos en Encuestas de Salud de los países miembros, 18 ítems/Eurostat, Marzo 2004 (Eurostat-IHS'04)
- ¹⁰⁷ Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Epidemiología. La medición de la clase social en Ciencias de la Salud. Barcelona: SG Editores; 1995.
- ¹⁰⁸ Instituto Nacional de Estadística, Clasificación Nacional de Ocupaciones 1994. CNO-94. Madrid: Instituto Nacional de Estadística; 1994.
- ¹⁰⁹ Kunkel SR, Atchley RC. Why gender matters: being female is not the same as not being male. *Am J Prev Med.* 1996; 12:294-95.
- ¹¹⁰ Rohlf I, Borrell C, Fonseca M do C. Género, desigualdades y salud pública: conocimientos y desconocimientos. *Gac Sanit.* 2000; 14 Supl 3:S60-71.
- ¹¹¹ Ruíz-Cantero MT, Vives-Cases C, Artazcoz et al. A framework to analyse gender bias in epidemiological research. *J Epidemiol Community Health.* 2007;61suppl II:ii46-ii53.
- ¹¹² Artazcoz L, Borrell C, Cortàs I et al. Occupational epidemiology and work related inequalities in health: a gender perspective for two complementary approaches to work and health research. *J. Epidemiol. Community Health.* 2007;61:ii39-ii45.
- ¹¹³ Pérez G. La ley de igualdad efectiva de mujeres y hombres: un paso adelante. *Gac Sanit.* 2007;21:367-70.
- ¹¹⁴ Borrel C, Artazcoz L (coord). Investigación en género y salud. Barcelona: SEE; 2007.
- ¹¹⁵ Kaufman JS, Cooper RS. Commentary: Considerations for Use of Racial/Ethnic Classification in Etiologic Research. *Am J Epidemiol.* 2001;154:291-298.

-
- ¹¹⁶ Kaufman JS, Cooper RS. Kaufman and Cooper Respond to “Race, Racism and Practice of Epidemiology”. *Am J Epidemiol*. 2001;154:305-306.
- ¹¹⁷ Díaz Olalla JM. Situación actual de la inmigración: desigualdades en salud. En: Alonso A, Huerga H, Morera J (edit). *Guía de atención al inmigrante*. Madrid: Editorial Ergon; 2003.
- ¹¹⁸ Bhopal R. Is research into ethnicity and health racist, unsound, or important science? *BMJ*. 1997;314:1751-6.
- ¹¹⁹ Díez E, Peiró R. Intervenciones para disminuir las desigualdades en salud. *Gac Sanit*. 2004;18 Supl 1:S158-67.
- ¹²⁰ García-Sánchez I. Diferencias de género en el VIH/sida. *Gac Sanit*. 2004;18 Supl 2:S47-54.
- ¹²¹ Rohlfs I, García M, Gavalda L, Medrano MJ, Juvinyá D, Baltasar A et al. Género y cardiopatía isquémica. *Gac Sanit*. 2004;18 Supl 2:55-64.
- ¹²² Grupo Técnico de Trabajo del Ayuntamiento de Madrid. Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2004-2005 (ESCM'05) [citado 7 Ago 2008]. Disponible en: <http://www.madridsalud.es/publicaciones/encuesta-salud2005.pdf>
- ¹²³ Amable M, Benach J, Gónzales S. La precariedad laboral y su impacto sobre la salud: conceptos y resultados preliminares de un estudio multi-métodos. *Arch Prev Riesgos Labor*. 2001;4:169-84.
- ¹²⁴ Fay MP, Feuer EJ. Confidence intervals for directly standardized rates: a method based on the gamma distribution. *Stat Med*. 1997;16:791-801.
- ¹²⁵ Hosmer DW, Lemeshow SA. *Applied logistic regression*. New York: Wiley; 1989.
- ¹²⁶ Kunst AE, Bos V, Lahelma E, Bartley M, Lissau I, Regidor E et al. Trends in socioeconomic inequalities in self-assessed health in 10 European Countries. *Int J Epidemiol*. 2005; 34:295-305.
- ¹²⁷ Drukker M, van Os J. Mediators of neighborhood socioeconomic deprivation and quality of life. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2003;38:698–706.
- ¹²⁸ Lopez R. Income inequality and self-rated health in US metropolitan areas: a multi-level analysis. *Soc Sci Med*. 2004;59:2409-19. Erratum in: *Soc Sci Med*. 2005;61:2267.

¹²⁹ Silva Aycaguer LC. Excursión a la regresión logística en Ciencias de la Salud. Madrid: Díaz de Santos; 1995.

¹³⁰ Regidor E, Martínez D, Astasio P, Ortega P, Calle ME, Domínguez V. Trends of socioeconomic inequalities and socioeconomic inequalities in self-perceived health in Spain. *Gac Sanit.* 2006;20:178-83.

¹³¹ Borrell C, Muntaner C, Sola`J, Artazcoz L, Puigpino´s R, Benach J. Immigration and self-reported health status by social class and gender: the importance of material deprivation, work organisation and household labour *J Epidemiol Community Health* 2008;62:e7. Disponible en: <http://jech.bmj.com/cgi/content/full/62/5/e7>. doi:10.1136/jech.2006.055269.

¹³² Instituto Nacional de Estadística. Indicadores sociales – Edición 2006.[citado 25 Ago 2008]. Disponible en: <http://www.ine.es/daco/daco42/sociales06/sociales.htm>

¹³³ Woodend AK, Devins GM. Gender and the care environment: influence on recovery in women with hearth disease. *Can J Cardiovasc Nurs.* 2005;15(3):21-31.

¹³⁴ Gallicchio L, Hoffman SC, Helzlsouer KJ. The relationship between gender, social support, and health-related quality of life in a community-based study in Washington County, Maryland. *Qual Life Res.* 2007;16(5):777-86.

¹³⁵ Valls-Llobet C, Ojuel Solsona J, López Carrillo M, Fuentes Pujol M. Manifestación y medicalización del malestar en las mujeres. En: Observatorio de salud de la mujer del Ministerio de Sanidad y Consumo. El Programa de Formación de Formadores/as en Perspectiva de Género el Salud. Madrid; 2007.

¹³⁶ Borrell C, Rohlfs I, Artacoz L, Muntaner C. Desigualdades en salud según la clase social de las mujeres. ¿Cómo influye el tipo de medida de la clase social?. *Gac Sanit.* 2004; 18 Supl 2:S75-2.

¹³⁷ Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco. Encuesta de Salud del País Vasco 2007. Resultados. [citado 3 Sept 2008]. Disponible en: http://www.osanet.euskadi.net/r85-20321/es/contenidos/informacion/encuesta_salud_2007/es_es07/encuesta_salud_2007.html#resultados

¹³⁸ Rohlfs I, Borrell C, Anitua C, Atracos L, Colmer C, Escribá V et al. La importancia de la perspectiva de género en las encuestas de salud. *Gac Sanit.* 2000;14:146-155.

-
- ¹³⁹ Pulido-Navarro M, Noriega-Elio M. Condiciones objetivas y subjetivas de trabajo y trastornos psicofísicos. *Cad Saúde Pública*. 2003;19:269-277.
- ¹⁴⁰ Menéndez M, Benach J, Muntaner C, Amable M, O'Campo P. Is precarious employment more damaging to women's health than men's? *Soc Sci Med*. 2007;64:776-781.
- ¹⁴¹ Tesch BJ, Wood HM, Helwig AL, Nattinger AB. Promotion of women physicians in academic medicine. Glass ceiling or sticky floor? *JAMA*. 1995;273:1022-5.
- ¹⁴² Colomer Revuelta C, Peiró Pérez R. ¿Techos de cristal y escaleras resbaladizas? Desigualdades de género y estrategias de cambio en SESPAS. *Gac Sanit*. 2002;16:358-60.
- ¹⁴³ Artacoz L, Cortés I, Mocada A et al. Influencia del trabajo doméstico sobre la salud de la población ocupada. *Gac Sanit*. 1999;13:201-7.
- ¹⁴⁴ _KM, Yle' n M. Perceived health is associated with visiting natural favourite places in the vicinity. *Health Place*. 2007;13:138-151.
- ¹⁴⁵ De Vries S, Verheij RA, Groenewegen PP. Natural environments - healthy environments? An exploratory analysis of the relationship between greenspace and health. *Environment and Planning A*. 2003;35:1717-1731.
- ¹⁴⁶ Kuo FE, Sullivan WC. Aggression and violence in the inner city: effects of environment via mental fatigue. *Environ Behav*. 2001;33:543-571.
- ¹⁴⁷ Voss U, Tuin I. Relationship of sleep quality with coping and life styles in female Moroccan immigrants in Germany. *Women's Health Issues* 2008;18: 210-216.
- ¹⁴⁸ Serra-Sutton V, Rajmil L, Alonso J, Riley A, Starfield B. Valores poblacionales de referencia del perfil de salud CHIP-AE a partir de una muestra representativa de adolescentes escolarizados. *Gac Sanit*. 2003;17:181-9.
- ¹⁴⁹ Valderas JM, Ferrer M y Alonso J. Instrumentos de medida de la calidad de vida relacionada con la salud y de otros resultados percibidos por los pacientes. *Med Clin* 2005;125 Supl 1:S56-0.
- ¹⁵⁰ López-García E, Banegas JR, Pérez-Regadera AG, Gutierrez-Fisac JL, Alonso J y Rodríguez-Artalejo F. Valores de Referencia de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36 en población adulta de más de 60 años. *Med Clin*. 2003;120:568-73.

-
- ¹⁵¹ Jörngården A, Wettergen L, von Essen L. Measuring health-related quality of life in adolescents and young adults: Swedish normative data for the SF-36 and the HADS, and the influence of age, gender, and method of administration. *Health Qual life outcomes*. 2006;4:91.
- ¹⁵² Azman AB, Sararaks S, Rugayah B, Low LL, Azian AA, Geeta S, Tiew CT. Quality of life of the Malaysian general population: results from a postal survey using the SF-36. *Med J Malaysia*. 2003;58:694-711.
- ¹⁵³ Gallicchio L, Hoffman SC, Helzlsouer KJ. The relationship between gender, social support, and health-related quality of life in a community-based study in Washington County, Maryland. *Qual Life Res*. 2007;16:777-86.
- ¹⁵⁴ Yamazaki S, Fukuhara S, Suzukamo Y. Household income is strongly associated with health-related quality of life among Japanese men but not women. *Public Health*. 2005;119:561-7.
- ¹⁵⁵ Nelson EC, Landgraf JM, Hays RD, Kirk JW, Wasson JH, Keller A et al The COOP function chart: a system to measure patient function in physicians' offices. En: Lipkin Jr M, ed. *Functional status measurement in primary care*. Nueva York: Springer-Verlag; 1990.
- ¹⁵⁶ Rebollo P, Valderas JM, Ortega F. Evolución en España de los impedimentos descritos para la utilización, en la práctica clínica, de las mediciones del estado de salud percibido. *Med Clin*. 2005;125:703-5.
- ¹⁵⁷ Stronks K, Ravelli AC, Reijneveld SA. Immigrants in the Netherlands: equal access for equal needs? *J Epidemiol Community Health*. 2001;55:701-7
- ¹⁵⁸ Dyck I, Dossa P. Place, health and home. Gender and migration in the constitution of healthy space. *Health Place*. 2007;13:691-701.
- ¹⁵⁹ Silva Ayçaguer LC, Benavides Rodríguez A. Causalidad e inobservancia de la premisa de precedencia temporal en la investigación biomédica *Revista Metodologica (Bélica)* 1999;7: 1-14.
- ¹⁶⁰ Mendelson C. Creating Healthy Environments: Household-Based Health Behaviors of Contemporary Mexican American Women. *J Community Health Nurs* 2003;20:147-159.
- ¹⁶¹ Castel R. De la exclusión como estado a la vulnerabilidad como proceso. *Archipiélago* 1995;21:27-36.

¹⁶² Wilkinson R, Marmort M. Social determinants of health. The solid facts. Second edition. Copenhagen: WHO; 2003.

¹⁶³ Cabañero Martínez MJ, Richart Martínez M, Cabrero García J, Orts Cortés MI, Reig Ferrer A y Tosal Herrero B. Fiabilidad y validez de la escala de Satisfacción con la Vida de Diener en una muestra de mujeres embarazadas y puérperas. *Psicothema* 2004;16:448-455.

¹⁶⁴ Herdman MJ. Reflexiones sobre la medición de la calidad de vida relacionada con la salud en España. *Gac Sanit.* 2006;19(2):91-2.

11. APÉNDICE



Inmigración Y SALUD EN ESPAÑA

M^a DEL PILAR SERRANO GALLARDO:
Diplomada en Enfermería. Máster en Salud Pública. Licenciada en Documentación. Subdirectora de la revista METAS de Enfermería. Escuela de Enfermería Puerta de Hierro (Universidad Autónoma de Madrid) C/ San Martín de Porres nº 4 Madrid 28053
e-mail: pserrano.hpth@salud.madrid.org

Resumen

El fenómeno migratorio está tomando gran relevancia en nuestro entorno, tanto desde el punto de vista demográfico, como en múltiples aspectos sociales. Se ofrece una visión del mismo recorriendo aspectos demográficos, determinantes de la salud en la población inmigrante y rasgos sobre su nivel de salud. Se resalta la necesidad de contar con información válida y fiable sobre la realidad de la inmigración que permita realizar análisis insesgados, que ayuden a la adecuada toma de decisiones en salud pública y a prestar atención de calidad a la comunidad en su conjunto. Asimismo, se insiste en que es preciso trabajar la sensibilización hacia el tema de la inmigración como parte de la estrategia.

PALABRAS CLAVE: INMIGRACIÓN. DETERMINANTES DE SALUD. SALUD PERCIBIDA. SALUD MENTAL. SALUD MATERNO-INFANTIL. INFECCIONES. SALUD PÚBLICA.

IMMIGRATION AND HEALTH IN SPAIN

Resumen

The phenomenon of migration has gained a major role in our environs, both from a demographic viewpoint as in multiple social aspects. The author presents a vision of this migration phenomenon analyzing 1) demographic factors which are determining factors on the health of the immigrant population and 2) characteristics of the immigrant population's level of health. The author emphasizes the need to rely on truthful, reliable information regarding the reality of immigration which enables one to carry out unbiased analyses which help to take adequate decisions on public health issues and to provide quality care to the immigrant community in its entirety. The author also insists that it is essential to include sensibility awareness about immigration as an integral part of this strategy.

KEY WORDS: IMMIGRATION. DETERMINING HEALTH FACTORS. PERCEIVED HEALTH. MENTAL HEALTH. MATERNAL-CHILDCARE HEALTH. INFECTIONS. PUBLIC HEALTH.

Introducción

El fenómeno migratorio está tomando gran relevancia en nuestro entorno, tanto desde el punto de vista demográfico, como en múltiples aspectos sociales (cultura, economía, educación,...) y relacionados con la salud. Tal y como reflejan Jansá y García de Olalla [1]: «el individuo inicia el proceso migratorio cuando adopta y lleva a efecto la decisión de migrar, como respuesta a factores de signo negativo que operan en el punto de partida, y a factores positivos en el punto de llegada». Esta definición se ajusta, en general, a la población inmigrante que viene recibiendo España en los últimos años; y tiene como rasgos fundamentales: un elevado componente económico, que se produce de forma voluntaria (con el propósito fundamental de mejorar las condiciones de vida), y que es de largas distancias (no intranacional). Esta última característica quizás ha generado en mayor medida la problemática social del fenómeno migratorio; está mejor aceptado el movimiento de personas dentro de un país, y aunque no se siente como amenaza que los bienes y dinero atraviesen las fronteras, no ocurre lo mismo cuando son las personas quienes las cruzan [1].

10,3% (4.581.926) si se tiene en cuenta el país de nacimiento y no la nacionalidad.

A partir de ahora se tomarán para los distintos análisis los sujetos cuyo país de nacimiento no es España (4.581.926; 2.396.006 varones y 2.185.924 mujeres).

La distribución según país de origen pone de manifiesto que el mayor porcentaje procede de los países europeos (41,4%, atendiendo al país de origen: Europa del Este o de Turquía) (tabla 1, gráfico 2), y concretamente un 35,5% de éstos (330.182) procede de Rumania, resaltando que al 65,3% del total se le podría considerar inmigrantes por motivos económicos. La segunda zona de procedencia corresponde a los países americanos (36,5%), fundamentalmente América del Sur (un 88,6%), y dentro de éstos, un 31% a Ecuador (gráfico 3). A bastante distancia se encuentra África con un 17,1% (merece la pena comentar que un 73,5% de ellos proceden de Marruecos, tabla 1).

En lo que respecta al género vienen más varones que mujeres (con diferencias marcadas en aquellos que proceden de África, 69,5% vs 30,5%), excepto en

Según el padrón municipal de 2006, el porcentaje de no españoles asciende al 10,3%

Evolución sociodemográfica de la inmigración

Jansá y García de Olalla [1] definen dos etapas claramente diferenciadas:

Primera etapa: hasta el año 1998

En ella el crecimiento fue lento; desde 1975 hasta 1998 se triplicó, representado el 1,3% del total de Estado (719.647 personas, sin incluir población no regularizada) al final de este periodo.

Segunda etapa: 1999-2003

Se caracteriza por el rápido crecimiento. A mediados de 2003, la población extranjera suponía el 3,5% (1.448.671) de los habitantes del Estado.

Si bien en la primera etapa (23 años de duración), se produjo un incremento del 300% aproximadamente (se cuadruplicó la población inmigrante), en la segunda etapa (5 años de duración), el incremento fue del 100% (se duplicó la población inmigrante) (gráfico 1).

Situación actual (2006) [2]

Atendiendo a cifras del padrón municipal de 2006 (datos provisionales), constan 3.884.573 sujetos no españoles (2.076.459 varones y 1.808.114 mujeres), lo que supone el 8,7% de la población total residente en España (44.395.286). Dicho porcentaje asciende a

los países americanos, donde se invierte esta situación, 45,9% de varones frente 54,1% de mujeres (tabla 1).

Inmigración y determinantes de salud

Aunque contamos con muchos aportes científicos en torno a los factores que afectan a la salud de las poblaciones, una de las contribuciones más influyentes, posiblemente por su trascendencia política, fue el Informe Lalonde [3], que ponía de manifiesto que en la salud influyen muchos más elementos que los puramente biológicos. Este informe propuso cuatro esferas de determinantes de la salud: Biología Humana, Medio Ambiente, Organización de los Sistemas Sanitarios y Estilos de Vida. Si bien han seguido sucediéndose diferentes marcos conceptuales para entender las complejas conexiones entre múltiples factores y la salud, en todos ellos están presentes las cuatro esferas mencionadas; por lo tanto, al realizar un análisis de los determinantes de la salud en la población inmigrante, no pueden dejar de contemplarse.

Quizá sea preciso diferenciar dos etapas [1] para iniciar este análisis. En una primera, se tendrían en cuenta las particularidades de la zona de origen y las consecuencias de las desigualdades sociales y económicas entre países (desde problemas de salud endé-

EVOLUCIÓN DE LA POBLACIÓN INMIGRANTE (1975-2003)

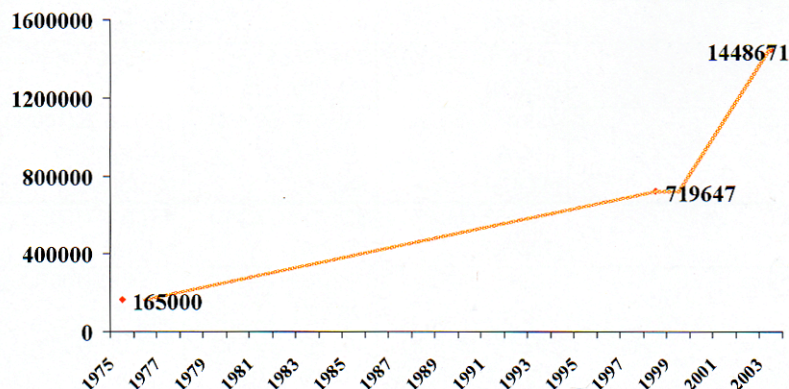


GRÁFICO 1

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE DATOS DEL INE ([HTTP://WWW.INE.ES/INEBASE/CGI/](http://www.ine.es/inebase/cgi/))

POBLACIÓN DE ORIGEN EXTRANJERO SEGÚN ZONA DE PROCEDENCIA. ESPAÑA, ENERO 2006

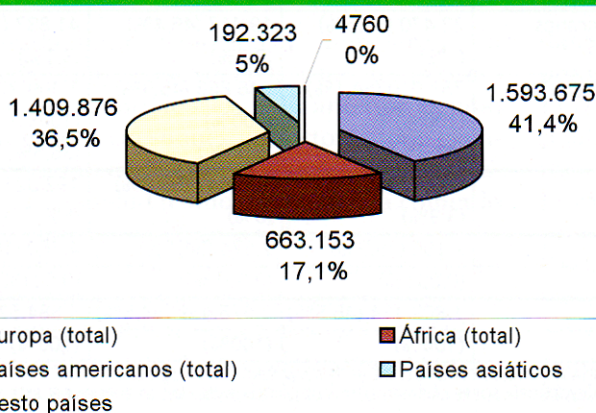


GRÁFICO 2

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE DATOS DEL INE ([HTTP://WWW.INE.ES/INEBASE/CGI/](http://www.ine.es/inebase/cgi/))

POBLACIÓN EXTRANJERA DE AMÉRICA DEL SUR SEGÚN PAÍSES. ESPAÑA, ENERO 2006

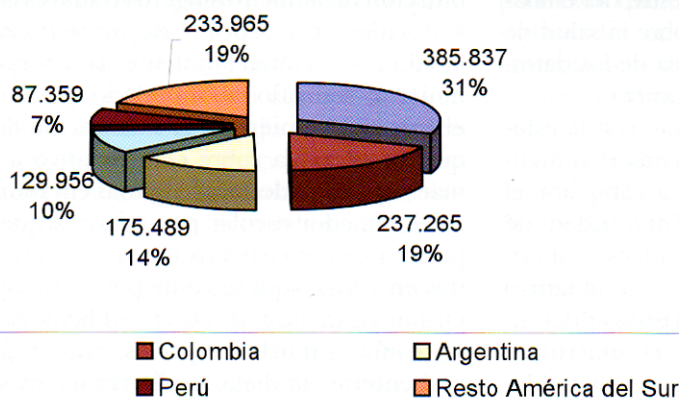


GRÁFICO 3

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE DATOS DEL INE ([HTTP://WWW.INE.ES/INEBASE/CGI/](http://www.ine.es/inebase/cgi/))

micos hasta cuestiones culturales que influyen de manera determinante en el estilo y modo de vida, tales como la alimentación, el descanso, el ocio, la vida de relación, el nivel educativo, etc.); y los trastornos vinculados al proceso migratorio. A pesar de que no hay establecido un periodo cerrado para esta etapa, suele comprender los primeros dos o tres años. En una segunda etapa, podrían diferenciarse dos momentos; un primero en el que se observan alteraciones relacionadas con las deficiencias sociales y económicas del país receptor; y otro posterior (ubicado en torno a los 5 años de residencia en el país receptor), donde empiezan a surgir problemas propios del país receptor.

Un estudio realizado por Benítez Robledo et al [4] sobre los determinantes socioeconómicos en un colectivo de familias inmigrantes (el 80% procedía de Latinoamérica y en torno al 60% tenía estudios secundarios o universitarios; el 79% de las madres trabajaba en el servicio doméstico), pone de manifiesto que el 55% de las mujeres perdió su trabajo por causa del embarazo. Con respecto a la situación administrativa, el 32% de los padres y el 36% de las madres no tenían documentación para residir en España; el 12% de los padres y el 2% de las madres habían sido detenidos alguna vez. El 88% de las familias compartía casa con otras personas; hasta 20 personas vivían en la misma casa. El 44% de las madres no tenía pareja, y la cuarta parte tuvo el primer hijo antes de los 18 años. La mitad no deseaba el embarazo y hasta un 66% no siguió controles durante el primer trimestre. El factor de riesgo más frecuente en estas familias era «recursos económicos muy escasos», seguido de «madre sola» y «falta de apoyo social». Sin duda la situación que dibuja el estudio de Benítez Robledo, deja patente que existen suficientes factores de peso en la

El 88% de las familias inmigrantes comparte casa con otras personas

El síndrome de Ulises se relaciona con la alienación y el desarraigo del inmigrante

POBLACIÓN DE ORIGEN EXTRANJERO SEGÚN SEXO Y ZONA DE PROCEDENCIA. 1 DE ENERO DE 2006			
	MUJERES	HOMBRES	TOTAL
Europa inmigración económica*	495.889 (47,6%) (64,9%)	545.922 (52,4%) (65,7%)	1.041.811 (100%) (65,3%)
Resto de Europa	267.576 (48,5%) (35,1%)	284.288 (51,5%) (34,3%)	551.864 (100%)
EUROPA (TOTAL)	763.465 (47,1%) (100%) (42,4%)	830.210 (52,9%) (100%) (40,4%)	1.593.675 (100%) (100%) (41,4%)
Marruecos	159.632 (32,7%) (78,7%)	328.310 (77,3%) (71,2%)	487.942 (100%) (73,5%)
Resto de África	42.995 (24,5%) (20,3%)	132.259 (75,5%) (28,8%)	175.211 (100%) (26,5%)
ÁFRICA (TOTAL)	202.587 (30,5%) (100%) (11,3%)	460.569 (69,5%) (100%) (22,3%)	663.153 (100%) (100%) (17,1%)
América del Sur	670.186 (53,6%) (87,8%)	579.685 (46,4%) (89,6%)	1.249.871 (100%) (88,6%)
América Central	70.354 (59,5%) (9,2%)	47.764 (40,5%) (0,7%)	118.118 (100%) (8,3%)
Resto de países americanos	22.470 (53,6%) (3%)	19.417 (46,4%) (9,7%)	41.887 (100%) (3,1%)
PAÍSES AMERICANOS (TOTAL)	763.010 (54,1%) (100%) (42,3%)	646.866 (45,9%) (100%) (31,3%)	1.409.876 (100%) (100%) (36,5%)
PAÍSES ASIÁTICOS	69.682 (36,2%) (3,9%)	122.641 (63,8%) (6%)	192.323 (100%) (5%)
RESTO PAÍSES	2.186 (45,9%) (0,001%)	2.574 (54,1%) (0,001%)	4.760 (100%) (0,001%)
TOTAL	1.808.114 (46,5%) (100%)	2.076.459 (53,5%) (100%)	3.884.573 (100%) (100%)

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE DATOS DEL INE ([HTTP://WWW.INE.ES/INEBASE/CGI/](http://www.ine.es/inebase/cgi/)).

*SE HA DETERMINADO ESTA CATEGORÍA SOBRE LA BASE DEL PAÍS DE ORIGEN (PAÍSES DEL LA EUROPA DEL ESTE Y TURQUÍA).

esfera del «Medio Ambiente» (y algunos más indirectamente ligados con el Estilo de Vida y la Organización de los Servicios Sanitarios, como por ejemplo no efectuar controles durante el primer trimestre del embarazo) que pueden tener un impacto sobre la salud de esta población que, en general y a la luz de los datos, sólo se vería protegida por su nivel educativo.

En lo relacionado más estrechamente con la esfera de «Estilos de Vida», es interesante comentar algunos datos de un estudio [5] llevado a cabo por el Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid sobre la alimentación en población inmigrante (marroquíes, ecuatorianos y colombianos) residentes en Madrid. Existen características diferenciadas entre la población latina y la marroquí. Algunos de los rasgos más significativos de la población ecuatoriana y colombiana son: el agua es rechazada por considerarse insalubre (especialmente la población ecuatoriana); no existen diferencias por edad a la hora de la comida (se consumen los mismos alimentos prácticamente en todas las etapas de la vida); piensan que aquí se come poco y sin sabor; el zumo es sustituido por agua o bebidas carbonatadas;

hay un bajo consumo de pescado, y alto de verduras y frutas; los comedores escolares son contemplados positivamente y la dieta «equilibrada» supone la combinación de alimentos ligeros o suaves con los fuertes y pesados. Un aspecto de gran trascendencia en la salud nutricional familiar es la incorporación de la mujer al mercado laboral, dado que se compromete el aprovisionamiento y la elaboración de las comidas que antes recaía sobre ella. Relativo a la población marroquí cabe destacar algunas cuestiones: se rechaza el comedor escolar por miedo a que no sigan las prescripciones (muchos niños se sienten discriminados en ellos); aquí se come poco, sin sabor y caro; le gustan los tiempos de cocción dilatados; comer «fuerte» conlleva muchas especies, grasa y piezas de animal enteras; la dieta mediterránea es sentida como algo suyo. Es importante saber que los niños se están convirtiendo en «socializadores» de sus padres. Por otra parte el personal sanitario afirma no conocer las pautas alimentarias de los musulmanes, y señala la incidencia de problemas de salud (hipoglucemias, gastritis, no adherencia a los tratamientos, lipotimias,...) durante el Ramadán.



Es sobradamente conocida y demostrada la influencia de la alimentación en la salud, tanto como factor protector como de riesgo. El anterior estudio refleja con nitidez cuestiones protectoras (por ejemplo, alto consumo de frutas y verduras), o de marcado riesgo para la salud (como que se pueda comer lo mismo en cualquier edad de la vida).

Atendiendo a la esfera de «Organización de los Servicios Sanitarios» es interesante traer aquí algunos datos relativos a la utilización y acceso a los servicios. Un estudio realizado por Cots et al [6] pone de manifiesto que las estancias hospitalarias de la población inmigrante habían sido un 10% menores (ajustando por edad, enfermedades y gravedad), si bien es importante considerar la carga asistencial vinculada a los problemas gineco-obstétricos y pediátricos (propio del tipo de población, joven y en edad de procrear). Por otra parte, según el Informe España 2003 de la Fundación Encuentro [7], el 82% sabe a quién recurrir y tiende a considerar fácil el trato recibido por el personal de salud. Un trabajo de Hernández Sánchez [8] cuyo objetivo era conocer las demandas sanitarias y la frecuentación planteadas por la población inmigrante asistida en un centro de salud, reflejaba que sólo el 25% tenía historia clínica abierta; la cumplimentación de datos médicos en la historia estaba entre un 5-10%, y el 80% de las consultas fueron a demanda.

A la luz de estos datos, si bien sólo reflejan muy parcialmente la situación, no se puede hablar de un mal uso de los servicios por parte de la población inmigrante; sin embargo sí se pone de manifiesto, a través del estudio de Hernández Sánchez, que la atención a esta población tiene que mejorar, sobre todo en cuanto a sistematizar y concertar la asistencia, lo que sin duda conlleva una mejora en la calidad de la atención.

Rasgos sobre el nivel de salud de la población inmigrante

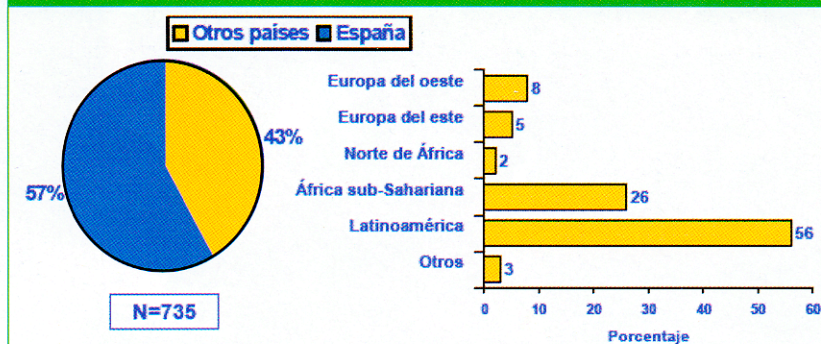
El conocimiento sobre los problemas de salud de la población inmigrante se adquiere, básicamente, a través de aquellos que acuden a los servicios, ya sean hospitalarios o de atención primaria. Ello supone un problema clásico de sesgo de selección (la falacia de Beckson, citado en [9]), ofreciendo una imagen distorsionada (¿qué sabemos de la población que no acude a los servicios?). Recientemente se están empezando a difundir los datos de la Encuesta de Salud de Madrid 2005 que permitirá conocer esta realidad con mayor validez.

Salud percibida y salud mental

Es obvio el proceso estresante al que se ve sometido la población que tiene que migrar; esto supone cambios sustanciales en el estilo y modo de vida, así como enfrentarse a situaciones adversas, e incluso más hostiles que en el país de origen. Sin lugar a dudas estas condiciones favorecen la aparición de problemas de salud mental; de hecho ya se habla de «Síndrome de Ulises» como aquel cuadro relacionado con la alienación y el desarraigo que sufre el inmigrante; a este síndrome se lo conoce también como «Síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple», y parece afectar sobre todo a inmigrantes en situación irregular [10].

Un trabajo [11] realizado en Barcelona en población inmigrante no regularizada, evidencia que el 51,9% de los pacientes presenta ansiedad y el 40,7% depresión; siendo mayores estos porcentajes en mujeres (70% y 50%) que en varones (41,2% y 33,3%). Si bien existen limitaciones metodológicas para establecer comparaciones con la población autóctona, valga la reflexión de que la prevalencia de trastorno mental en un estudio [12] realizado en población catalana, está en 17%.

DISTRIBUCIÓN DE LOS NUEVOS DIAGNÓSTICOS DE INFECCIÓN VIH SEGÚN REGIÓN DE ORIGEN. ESPAÑA 2004



FUENTE: INSTITUTO DE SALUD CARLOS III. CENTRO NACIONAL DE EPIDEMIOLOGÍA. MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. SECRETARÍA DEL PLAN NACIONAL SOBRE SIDA. PROYECTO EPI-VIH. NUEVOS DIAGNÓSTICOS DE INFECCIÓN POR VIH EN PACIENTES DE UNA RED DE CENTROS DE DIAGNÓSTICO DE VIH, 2003-2004.

GRÁFICO 4

igualmente repartidos entre América, Europa y África (32%, 31% y 31% respectivamente); Latinoamérica es la zona que más casos concentra de América (las categorías de transmisión más frecuentes son «relaciones homo-bisexuales» seguido muy de cerca por «relaciones heterosexuales»), y dentro de esta región, Argentina. Dentro de Europa destaca Portugal (la categoría de transmisión más frecuente es «usar drogas intravenosas»). En África, el país con mayor número de casos es Marruecos (las dos

Salud materno-infantil

Es evidente el cambio en el patrón de natalidad experimentado en España; el porcentaje de nacidos de madre extranjera ha pasado de ser el 4,9% en 1999 al 15% en el 2005. Por nacionalidad, las madres extranjeras más numerosas son las marroquíes (20,8%), seguidas de las de Ecuador (14,2%) [13]. Si bien esta realidad es ventajosa, también puede conllevar un aumento en los problemas de salud relacionados con las futuras madres y con sus hijos. Según el estudio de Hernández Sánchez [8], entre los motivos de consulta más frecuente en atención primaria, estaba el embarazo. En el medio hospitalario los partos y abortos constituían el segundo motivo de ingreso (27% de las altas), según un estudio realizado en Valencia [14].

Problemas relacionados con infecciones

Recientemente se han notificado brotes de rubéola en nuestro entorno, aun a pesar de tener altas coberturas de la vacuna triple vírica en España; pero los casos se presentaron en adultos jóvenes procedentes de Latinoamérica que no habían sido previamente vacunados [15]. La llegada de población no inmunizada aumenta el número de susceptibles y el riesgo de brotes epidémicos.

Otro problema infeccioso de gran impacto en salud pública es el SIDA. Si bien el porcentaje de casos en personas originarias de otros países es bajo (3,7%), en los últimos años ha podido constatarse un aumento de dicho porcentaje, pasando de 1% en 1992 hasta 17,2% en 2005 [16]. Con respecto a la infección por VIH, el proyecto EPI-VIH señala que el 43% de los nuevos diagnósticos de infección en 2004 sucedió en personas de origen no español, siendo Latinoamérica la región más mayoritaria (gráfico 4). La vía de transmisión predominante fue las «relaciones heterosexuales», frente a las «relaciones homosexuales» en población de origen español [17]. Con respecto a la zona de procedencia, los casos están muy

categorías de transmisión más frecuentes son «usar drogas intravenosas» y «relaciones heterosexuales» [16]. Es delicado interpretar que el fenómeno ha crecido en esta población, dado que no se pueden calcular tasas precisas al no disponer de población válida y fiable para los denominadores de las tasas. Por otra parte el crecimiento rápido de la inmigración en los últimos años, hace sospechar que las tasas no se han elevado (hay más casos, pero muchísima más población).

La tuberculosis constituye otro de los problemas relevantes en el panorama epidemiológico actual, y el fenómeno migratorio está repercutiendo de manera especial. Según datos del Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid [18], el 35,1% de los casos de tuberculosis en el 2004 (si bien existe una tendencia ascendente, se ha producido un descenso con respecto al año anterior del 4%) se vinculó a la situación de riesgo «origen no español», ocupando el primer lugar dentro de las situaciones de riesgo. Cabe mencionar que en un estudio realizado en Barcelona con población infantil, no se hallaron diferencias significativas en la prevalencia de infección tuberculosa (detectada a través de Mantoux positivo) entre niños inmigrantes y autóctonos; pero sí la hubo al comparar entre quienes tenían factores de riesgo social y quienes no [19]. Esto lleva a la reflexión de que si bien no se debe considerar la inmigración en sí misma como un factor de riesgo para desarrollar una tuberculosis, el hecho de que muchos inmigrantes vivan en condiciones hostiles (hacinamiento, inadecuada alimentación, descanso inadecuado,...), sumado a una mayor prevalencia de infección (es frecuente la situación de alta endemia en muchos de los países de origen), los coloca en una situación de mayor riesgo para desarrollar la enfermedad tuberculosa.

Consideraciones finales

El crecimiento exponencial de los flujos migratorios en los últimos años abre una realidad sociocultural y



epidemiológica. Es preciso contar con información válida y fiable sobre esta situación, que permita realizar análisis insesgados para la adecuada toma de decisiones en Salud Pública y para prestar atención de calidad a la comunidad en su conjunto.

Según el barómetro del Centro de Investigaciones Sociológicas de enero de 2007, para el 14% de la población «la inmigración» es el primer problema que tiene España; sólo ubicándose por encima «el paro» y «el terrorismo», y estando por debajo realidades como la vivienda -11,7%-, la precariedad laboral -2,5%- o la violencia contra la mujer -0,5%- [20]. Una investigación cualitativa realizada en Madrid expone, a través del discurso de personas inmigrantes, que éstos perciben en los agentes sanitarios un comportamiento hacia ellos basado en prejuicios o, al menos, que dista mucho de ser semejante al que se otorga a los españoles [21].

Esta realidad precisa trabajar la sensibilización hacia el tema de la inmigración, porque la opinión ciudadana puede ser moduladora, ayudando o entorpeciendo, de las políticas públicas. No podemos obviar, por otra parte, que los profesionales de la salud somos ciudadanos, y como tal participamos del sentir colectivo.

En el 2005, el 15% de nacidos era de madre extranjera

Bibliografía

- [1] Jansá JM, García de Olalla P. Salud e inmigración: nuevas realidades y nuevos retos. *Gaceta Sanitaria* 2004; 18(supl):207-13.
- [2] Instituto Nacional de Estadística. Demografía y población. Padrón Municipal. Explotación estadística del padrón. Disponible en URL: <http://www.ine.es/inebase/cgi/> [con acceso el 22 de febrero de 2007].
- [3] Lalonde M. El concepto del «campo desalud» – una perspectiva canadiense. (Traducción de: A new perspective on the Health of Canadians: A working document.) *Boletín epidemiológico de la Organización Panamericana de la Salud* 1983; 4(3):13-15.
- [4] Benítez Robledo T, Llerena Achútegui P, López Giménez R, Bruguera Moreno C, Lasheras Lozano L et al. Determinantes socioeconómicos en un colectivo de familias inmigrantes. *An Pediatr* 2004; 60(1):9-15.
- [5] Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid. Estudio del mapa alimentario de la población inmigrante residente en la Comunidad de Madrid. Madrid: Instituto de Salud Pública; 2002.
- [6] Cots F, Castells X, Ollé C, Manzanera R, Varela J, Val O. Perfil de la casuística hospitalaria de la población inmigrante de Barcelona. *Gaceta Sanitaria* 2004; 18(Supl):207-13.
- [7] Fundación Encuentro. Informe España 2003. Disponible en URL: <http://www.fund-encuentro.org/informes/in-2003.htm> . [con acceso el 16 de febrero de 2006].
- [8] Hernández Sánchez A, de Dios del Valle R, Franco Vidal A, Tena Ortega G, Grueso Muñoz E, Muedra Sánchez. Características de la asistencia a la población inmigrante en un Centro de Salud. *Semergen* 2004; 30(9):431-6.
- [9] Abramson JA. Métodos de Estudio en Medicina Comunitaria. Madrid: Díaz de Santos; 1990.
- [10] Ochoa Mangado E, Vicente Muelas N, Lozano Suárez N. Síndromes depresivos en la población inmigrante. *Rev Clin Esp* 2005; 205(3):116-8.
- [11] Barro Lugo S, Saus Arús M, Barro Lugo A, Fons Martí M. Depresión y ansiedad en inmigrantes no regularizados. *Atención Primaria* 2004; 34(9):106.
- [12] Rajmil L, Gispert Magarolas R, Roset Gamisans M, Muñoz Rodríguez PE, Segura Benedicto A. Prevalencia de trastornos mentales en la población de Cataluña. *Gaceta Sanitaria* 1998; 12(4):153-159.
- [13] Instituto Nacional de Estadística. Movimiento natural de la población. Disponible en URL: <http://www.ine.es/prensa/np418.pdf> [con acceso el 1 de marzo de 2007].
- [14] Salazar A, Navarro-Calderón E, Almela F, Abad I, Borrás R, González A, et al. Altas hospitalarias de la población inmigrante en la ciudad de Valencia. *Boletín epidemiológico semanal* 2003; 11(5):49-52.
- [15] Sanz JC, Lemos C, Herrera D, Ramírez-Fernández R. Brote de rubéola en población inmigrante de origen latinoamericano. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2004; 22(3):197-200.
- [16] Centro Nacional de Epidemiología. Vigilancia epidemiológica del Sida en España. Situación a 30 de junio de 2006. *Boletín epidemiológico semanal* 2006; 12(14):133-144.
- [17] Instituto de Salud Carlos III. Centro Nacional de Epidemiología. Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaría del Plan Nacional sobre Sida. PROYECTO EPI-VIH. Nuevos diagnósticos de infección por VIH en pacientes de una red de centros de diagnóstico de VIH, 2003-2004. Disponible en URL: http://cne.isciii.es/htdocs/sida/nuevos_diagnosticos_epi.pdf [con acceso el 1 de marzo de 2007].
- [18] Instituto de Salud Pública. Consejería Comunidad de Madrid. Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid. Informe del año 2004. *Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid* 2006; 12(5):4-40.
- [19] Masvidal Aliberch RM, Miguel Gil B, Vall Mayans M, Zabaleta del Olmo E, Carnero Olmedo E, Rodríguez de la Rubia Rodríguez-Manzanique C. Estudio de la infección tuberculosa en una zona de gran incidencia de tuberculosis y con un elevado porcentaje de inmigrantes. *An Pediatr* 2004; 60(1):22-7.
- [20] Centro de Investigaciones Sociológicas. Barómetro Enero 2007. Disponible en URL: http://www.cis.es/cis/opencms/ES/Novedades/Documentacion_2672.html [con acceso el 1 de marzo de 2007].
- [21] Godoy & Asociados, Portero P, Mattieu Gladis. Inmigración, Salud y Servicios Sanitarios. Documentos Técnicos de Salud Pública nº 91. 2ª edición. Madrid: Instituto de Salud Pública. Consejería de Sanidad y Consumo; 2006.

Valores poblacionales de referencia de la versión española de las viñetas COOP/WONCA de calidad de vida en población adulta urbana

Pilar Serrano-Gallardo^{a,b}, Luis Lizán-Tudela^c, José Manuel Díaz-Olalla^d y Ángel Otero^b

^aEscuela de Enfermería Puerta de Hierro. Hospital Puerta de Hierro. Universidad Autónoma de Madrid. Madrid.

^bDepartamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad Autónoma de Madrid. Madrid. ^cUnidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria. Cátedra de Investigación de Resultados en Salud. Universidad Jaime I. Castellón.

^dInstituto de Salud Pública. Salud Madrid. Ayuntamiento de Madrid. Madrid. España.



FUNDAMENTO Y OBJETIVO: El objetivo del estudio ha sido obtener valores poblacionales de referencia de las viñetas COOP/WONCA de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) para población adulta española de medio urbano.

MATERIAL Y MÉTODO: Se ha realizado un estudio descriptivo y transversal basado en los datos de la Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid de 2005. Se eligió a 7.341 adultos mediante muestreo por conglomerados bietápico. La variable CVRS se midió a través de las viñetas COOP/WONCA de calidad de vida (9 dimensiones), validadas culturalmente para población española. Otras variables estudiadas fueron: edad, sexo, estado civil, clase social, lugar de origen y nivel de estudios. El análisis estadístico se realizó mediante índices de estadística descriptiva para las dimensiones y el sumatorio de CVRS, pruebas de contraste de hipótesis (Kruskal-Wallis, Mann-Whitney, ANOVA) y análisis de consistencia interna y de correlación.

RESULTADOS: Los valores medios más altos se encontraron en las dimensiones Cambios en el Estado de Salud, Estado de Salud, Forma Física y Apoyo Social. Aumentó significativamente el valor medio de las dimensiones y del sumatorio de CVRS con la edad, a medida que se desciende en la clase social y según el país de origen (mayor en autóctonos); los valores fueron también más altos en mujeres. El coeficiente alfa de Cronbach para el cuestionario fue de 0,77.

CONCLUSIONES: Se han obtenido valores poblacionales de referencia para población adulta española de medio urbano según sexo, grupos de edad, clase social y condición de autóctono o inmigrante económico. Contar con valores de referencia contribuye a la interpretación de las puntuaciones obtenidas, lo que ayudaría a emplear de forma sistemática instrumentos de salud percibida en la práctica clínica.

Palabras clave: Valores poblacionales de referencia. Calidad de vida relacionada con la salud. Salud autopercibida. Viñetas COOP/WONCA.

Reference population values of the Spanish version of the COOP/WONCA charts of quality of life in an urban adult population

BACKGROUND AND OBJECTIVE: We intended to obtain reference population values of the COOP/WONCA charts of health-related quality of life (HRQOL) among a Spanish urban adult population.

MATERIAL AND METHOD: Cross sectional study based on data from the Survey of Health of the City of Madrid 2005. 7,341 adults were selected by biphasic cluster sampling. The variable HRQOL was measured through COOP/WONCA charts of quality of life (9 dimensions), culturally validated for Spanish people. Other variables included age, sex, marital status, and social class, zone of origin and level of education. Statistical treatment included descriptive statistics for the dimensions and summation of HRQOL, significance tests (Kruskal-Wallis, Mann-Whitney, ANOVA), analysis of internal consistency and correlation.

RESULTS: Highest mean values were found in the dimensions Changes in the State of Health, Health Status, Physical Form and Social Support. The average value of the dimensions and the summation of HRQOL increased significantly with age, and in parallel to a lowering of the social class and depending on the country of origin (higher in native people). They were also higher in women. The alpha of Cronbach for the questionnaire was 0.77.

CONCLUSIONS: Reference population values were obtained for a Spanish urban adult population according to sex, age, social class and status of native or immigrant people. All ratings increased with age and were highest in women. The availability of benchmarks values contribute to the score' interpretation, which would ease the systematic use of tools of self-assessed health in clinical practice.

Key words: Reference values. Health related quality of life. Self-assessed health. COOP/WONCA charts.

Correspondencia: Dra. P. Serrano-Gallardo.
Escuela de Enfermería Puerta de Hierro, San Martín de Porres, 4. 28035 Madrid. España.
Correo electrónico: pserrano.hpth@salud.madrid.org

Recibido el 30-1-2008; aceptado para su publicación el 24-4-2008.

La Organización Mundial de la Salud define la calidad de vida como «la percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones»¹. Según los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades de EE.UU., la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), en salud pública y en medicina, «se refiere a la manera como una persona o grupo de personas percibe su salud física y mental con el pasar del tiempo»². Para Schumaker et al³, es la «percepción subjetiva, influida por el estado de salud actual, de la capacidad para realizar aquellas actividades importantes para el individuo».

Al principio la medición de la CVRS se vinculó fundamentalmente al cáncer y a las enfermedades crónicas, procesos en los que se ponía sobre todo de manifiesto que no sólo era importante añadir años a la vida, sino también calidad a esos años. El primer trabajo sobre calidad de vida y mortalidad que aparece en la base de datos MEDLINE data de hace 20 años y estaba centrado en los receptores de trasplante cardíaco⁴.

Por otra parte, el mayor protagonismo que en las últimas décadas han adquirido los pacientes por lo que se refiere a su propia salud también ha contribuido al desarrollo de instrumentos que permitan registrar su opinión, su percepción, cómo se sienten. Además, en investigaciones clínicas y de los servicios de salud se ha demostrado que la calidad de vida está relacionada con la demanda de servicios, el cumplimiento terapéutico e incluso la esperanza de vida⁵⁻⁷.

En general existe bastante similitud en torno a las dimensiones que forman parte de los instrumentos llamados a medir la CVRS. En un estudio que realizó una comparativa de 5 de los más utilizados en nuestro entorno se muestra cómo 3 dimensiones –funcionamiento físico (en concreto, aspectos relacionados con la

autonomía funcional), funcionamiento emocional y funcionamiento social— están presentes en todos ellos⁸. Entre estos instrumentos se encuentran las viñetas COOP/WONCA (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians; la definición abreviada de WONCA es World Organization of Family Doctors), desarrolladas por profesionales de una red de centros médicos comunitarios del nordeste de EE.UU.^{9,10}, que fueron adaptadas culturalmente al entorno español en 1999¹¹. Las viñetas COOP/WONCA se ajustan a los puntos de consenso propuestos por el grupo WHO-QOL (evaluación subjetiva, multidimensional, sensibilidad a los cambios y bipolaridad en las opciones de respuesta)¹², pero además presentan, respecto a otros instrumentos de medida de la CVRS, una más fácil incorporación a la práctica clínica (en concreto, en atención primaria de salud) por su sencillez, brevedad y fácil comprensión, garantizada por la representación visual¹³, lo que en la actualidad tiene un valor añadido, dado que las viñetas pueden salvar o aminorar el obstáculo que el idioma o las barreras culturales ligadas al lenguaje suponen para muchos de los habitantes de entornos multiculturales.

Con el fin de facilitar la interpretación de los resultados de las viñetas COOP/WONCA, es preciso obtener valores de referencia poblacionales que permitan conocer desviaciones en las puntuaciones de un sujeto o grupo en relación con lo que cabe esperar para su edad y sexo. Estos valores de referencia pueden ser útiles tanto para evaluar el impacto de una enfermedad en la CVRS, al comparar los resultados obtenidos en población enferma con los de referencia (evaluar la magnitud de los cambios en el estado de salud), como para establecer objetivos terapéuticos. La obtención de valores poblacionales de referencia permite además completar la validación transcultural al comparar las puntuaciones de referencia procedentes de diferentes países¹³. Las viñetas COOP/WONCA se han administrado en España en diferentes grupos de pacientes y familiares¹⁴⁻¹⁷, pero no se han aplicado en estudios poblacionales que permitan obtener valores de referencia. Así pues, dado que las viñetas COOP/WONCA de calidad de vida ya están adaptadas y validadas culturalmente en nuestro entorno, el objetivo del presente trabajo ha sido obtener valores poblacionales de referencia para población adulta urbana en el año 2005.

Material y método

Se ha llevado a cabo un estudio descriptivo y transversal basado en los datos de la Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid de 2005 (ESCM'05). El uni-

verso muestral estaba compuesto por la población no institucionalizada residente en Madrid e inscrita en el padrón municipal de esta ciudad a 1 de septiembre de 2004 (3.162.304 habitantes). El tamaño de la muestra fue de 8.504 personas (7.341 adultos y 1.163 menores de 16 años), elegidas mediante muestreo por conglomerados bietápico. La unidad de la primera etapa fue la sección censal, y la de la segunda, la persona empadronada en cada sección del distrito. Se estratificó por distrito municipal y en cada uno de los 21 distritos se volvió a estratificar por sexo y grupo de edad (< 16 años; de 16 a 64, y de 65 o más). Se extrajeron 3 muestras: la muestra titular y 2 muestras suplentes (con un número equivalente de elementos muestrales sustitutos). La muestra efectiva total representó un 99,7% de la muestra teórica. El presente estudio se limitó a los mayores de 15 años ($n = 7.341$). Considerando un efecto de diseño (DEFF) de 1,5, el error de muestreo absoluto para las estimaciones referidas a la población adulta de 16 años y más se acotó por un $\pm 0,7\%$. Se utilizaron factores de elevación por distrito, grupos de edad y sexo con el fin de representar fielmente las características de la población de referencia.

La variable CVRS se midió con las viñetas COOP/WONCA de calidad de vida, adaptadas culturalmente a la realidad española y con buenas propiedades psicométricas¹¹. Es un instrumento sencillo, breve (9 ítems) y de fácil comprensión, cuyo uso recomiendan importantes organismos internacionales, como la Organización Mundial de la Salud o la Conferencia Mundial de Médicos de Familia (WONCA). Cada una de las 9 dimensiones relacionadas con la calidad de vida (en su última revisión la WONCA eliminó las dimensiones de Apoyo Social y Calidad de Vida, pero, dado que las 9 están validadas para el entorno español, en la ESCM'05 se optó por administrarlas todas), tiene 5 opciones de respuesta (escala tipo Likert; las puntuaciones más altas expresan un grado peor de funcionamiento, excepto la viñeta Cambios en el Estado de Salud), y se interrogó sobre ellas mediante entrevista personal en el hogar, proporcionando a los sujetos unas tarjetas donde aparecían las opciones de respuesta ilustradas por los dibujos consensuados internacionalmente. Se evaluaron las siguientes dimensiones: Forma Física, Sentimientos, Actividades Cotidianas, Actividades Sociales, Estado de Salud, Cambio en el Estado de Salud, Dolor, Apoyo Social y Autopercepción de la Calidad de Vida, todas ellas con un criterio temporal referido a las 2 últimas semanas. Los resultados pueden expresarse por dimensiones concretas o mediante la puntuación total obtenida por el sumatorio de los 9 ítems (puntuación entre 9 y 45). Otras variables de estudio fueron: edad, sexo, estado civil—casado/a o en pareja; soltero/a; separado/a o divorciado/a—, viudo/a—, clase social—según la clasificación propuesta por el grupo de trabajo de la Sociedad Española de Epidemiología¹⁸, a la que se añadió una categoría (X) para clasificar a las personas dedicadas al cuidado del hogar y jubilados/pensionistas que eran los sustentadores del hogar en el momento de realizar la encuesta (se tomó la ocupación de la persona entrevistada para obtener la clase social)—, origen—autóctono si la persona había nacido en España e «inmigrante económico» si el país de origen se hallaba en América Central, América del Sur, África, Europa del Este o Asia (excepto Japón)— y nivel de estudios—mediante la pregunta: «¿Cuál es el mayor nivel de estudios que ha completado?»—; las categorías de respuesta eran: sin estudios, primarios, secundarios, terciarios—.

Los entrevistadores y los supervisores del trabajo de campo recibieron formación y entrenamiento específicos.

Análisis estadístico

Se dividió a los sujetos en 7 grupos de edad (16-24; 25-34; 35-44; 45-54; 55-64; 65-74, y 75 años o más). Para cada dimensión (y para el sumatorio) se calcularon, por grupo de edad y sexo, la media, la mediana, el porcentaje de sujetos que obtenían puntuaciones máximas y mínimas (5 y 1, respectivamente; efecto techo y efecto suelo) y los percentiles para el sumatorio de calidad de vida (5; 25; 50; 75, y 95). Para detectar diferencias en las dimensiones con respecto a los grupos de edad y la clase social se utilizó la prueba de Kruskal-Wallis, y para detectar diferen-

cias entre varones y mujeres, la prueba de Mann-Whitney. Se realizó un análisis de tendencia lineal a fin de determinar la relación entre la edad y el sumatorio de calidad de vida. Con objeto de analizar la asociación del sumatorio de calidad de vida con el sexo y la clase social se llevó a cabo una comparación de medias (ANOVA). Se analizaron la consistencia interna del cuestionario (alfa de Cronbach) y las correlaciones entre las dimensiones (coeficiente de correlación de Spearman). Para los análisis se utilizó el programa estadístico SPSS versión 12.0.

Resultados

La media (desviación estándar) de edad de los 7.341 entrevistados fue de 46,7 (19,02) años, y un 53,7% eran mujeres. Las características de la muestra se recogen en la tabla 1. Un 20,4% tenía entre 25 y 34 años, el 57,1% estaba casado o vivía en pareja, el 48,3% tenía estudios secundarios y el 31,6% se ubicaba en la clase social IV (trabajadores manuales cualificados). Atendiendo al sexo, las mujeres eran, comparadas con los varones, de mayor edad, tenían una situación de viudedad con mayor frecuencia, un mayor porcentaje carecía de estudios, se ubicaban en mayor medida en las clases sociales III y X, y un 12,7% eran «inmigrantes económicos».

El alfa de Cronbach para el cuestionario fue de 0,77. Se daban correlaciones significativas ($p < 0,05$) entre todas las dimensiones.

En la tabla 2 se presentan las distribuciones de frecuencias para cada una de las 5 categorías de respuesta y las puntuaciones medias de las 9 dimensiones de las viñetas COOP/WONCA. Los valores medios más altos se obtuvieron en las dimensiones Cambios en el Estado de Salud, Estado de Salud, Forma Física y Apoyo Social. Según sexo, en los varones se mantenía este mismo orden, pero en las mujeres se daban valores medios más altos en Forma Física, seguido de Estado de Salud, Cambios en el Estado de Salud y Apoyo Social. En todas las dimensiones las mujeres obtuvieron valores medios más altos que los varones ($p < 0,05$). La mediana fue inferior a 3 en 5 de las 9 dimensiones, lo que indica que el conjunto de la distribución se concentraba en valores bajos de cada dimensión. El porcentaje de sujetos con puntuación mínima (efecto suelo) no superó en ninguna dimensión el 80%, y en 7 de las 9 no se superó el 5% de sujetos con puntuación máxima (efecto techo). El porcentaje de valores perdidos en las dimensiones osciló entre un 0,1 y un 1,5%.

En las tablas 3 a 5 pueden verse los percentiles del sumatorio de las 9 dimensiones de las viñetas, así como la media de este sumatorio, en función del grupo de edad, de la clase social y el origen, y siempre para varones y mujeres por separado. Respecto a los valores medios del sumatorio de CVRS, se observaron di-

ferencias significativas según el grupo de edad (aumenta el valor a medida que aumenta la edad), la clase social (el valor aumenta a medida que se desciende en la clase social) y el lugar de origen (en autóctonos el valor es mayor, si bien estas diferencias desaparecen cuando la comparación se establece en menores de 65 años). Por otra parte, se evidenciaron valores más altos en las mujeres que en los varones en las categorías de todas las variables exploradas.

En la figura 1 se observa que en todas las dimensiones y para ambos sexos, a medida que aumenta la edad, aumentan las puntuaciones. Para las dimensiones Forma Física, Sentimientos y Dolor se encontraron diferencias significativas entre varones y mujeres en todos los grupos de edad (las mujeres obtenían siempre valores más altos).

En la figura 2 se aprecia que en todas las dimensiones y para ambos sexos, a medida que se desciende en la escala de clase social, aumentan las puntuaciones (en la dimensión Dolor, para los varones, $p = 0,08$). En las dimensiones Forma Física, Estado de Salud y Dolor se observaron diferencias significativas entre varones y mujeres en todas las clases sociales (la mujer siempre obtenía valores más altos); esto mismo ocurría en las dimensiones Sentimientos, Actividades Cotidianas y Actividades Sociales, si exceptuamos la clase X (jubilados/pensionistas y amas de casa sustentadores del hogar).

En la figura 3 se observa que en las dimensiones Forma Física, Cambios en el Estado de Salud, Estado de Salud y Apoyo Social había diferencias significativas, tanto para varones como para mujeres, entre autóctonos e inmigrantes económicos (estos últimos tenían valores más altos sólo en Apoyo Social). Al realizar este análisis para los menores de 65 años se observó la misma situación descrita en las dimensiones Forma Física, Estado de Salud (sólo para los varones) y Apoyo Social; en este subgrupo de edad también aparecieron diferencias en la dimensión Calidad de Vida, con puntuaciones más altas para inmigrantes económicos. Al comparar a varones y mujeres se observó que éstas, tanto en el conjunto de la población como en el grupo de menores de 65 años, tenían valores más elevados en todas las dimensiones, excepto en Actividades Cotidianas, Cambios en el Estado de Salud y Calidad de Vida.

Discusión

En el presente estudio se ha administrado la versión española de las viñetas COOP/WONCA de CVRS a una muestra probabilística de adultos mayores de 15 años residentes en la ciudad de Madrid en el año 2005. Los valores de las me-

dias de las dimensiones y sumatorio de las viñetas, así como los percentiles poblacionales del sumatorio que se presentan, permitirán comparar la puntuación de la CVRS de una persona o un grupo concreto con su percentil o valor medio correspondiente, y además podrán tomarse como valores de referencia para comparar con los datos que se obtengan en futuros estudios que utilicen esta herramienta de medición de la CVRS.

Como limitaciones del estudio debe señalarse el hecho de que los valores obtenidos corresponden a una única ciudad española, Madrid. Sin embargo, al tratarse de un estudio poblacional, con una muestra probabilística de una ciudad española con una gran diversidad sociodemográfica económica y cultural, los resultados obtenidos poseen elementos de validez externa¹³. No obstante, sería recomendable que en el futuro se valorara la validez externa de los hallazgos obtenidos en toda la población española.

Por otra parte, entre las fortalezas del estudio cabe mencionar que los porcentajes obtenidos de efecto techo y efecto suelo ponen de manifiesto que las viñetas COOP/WONCA pueden detectar tanto mejoras en el estado de salud (el porcentaje de sujetos con puntuación mínima puede crecer) como empeoramientos (el porcentaje de sujetos con puntuación máxima puede crecer). Además, el bajo porcentaje de valores perdidos en cada una de las dimensiones indica que las viñetas no ofrecen dificultad en su administración, lo que contribuye a que los datos obtenidos tengan una mayor fiabilidad. Asimismo, un alfa de Cronbach de 0,77 y las correlaciones significativas entre dimensiones también dan cuenta de la buena consistencia interna de la herramienta; los valores de alfa de Cronbach de 0,70 se consideran los mínimos apropiados para llevar a cabo comparaciones entre grupos¹⁹.

Si bien las viñetas se han aplicado en varios estudios en el entorno español¹⁴⁻¹⁷, es la primera vez que se administran en un estudio poblacional que permita obtener valores de referencia, los cuales son fundamentales para facilitar la aplicabilidad del instrumento, ya que permiten aumentar la interpretabilidad de la medida de CVRS y de esta manera se convierten en un instrumento útil para la práctica clínica^{6,20}.

Otro elemento que también ayudaría a implantar el uso de esta herramienta de CVRS es la baja carga que las viñetas COOP/WONCA suponen para el entrevistado y para el entrevistador²⁰, dado que requieren poco tiempo de cumplimentación (poco más de 4 min¹¹) y precisan de pocas habilidades lectoras y de comprensión por parte del entrevistado al contar con dibujos sencillos con símbolos reco-

nocidos internacionalmente⁸.

Como ya han puesto de manifiesto otros estudios sobre CVRS^{13,20-22}, en este trabajo también se observa que las mujeres tienen peores puntuaciones que los varones. Actualmente se manejan hipótesis que postulan que el apoyo social puede ser uno de los determinantes que subyacen tras esa diferencia de género, aunque los resultados no son todavía concluyentes²³. Por otra parte, la morbilidad diferencial²⁴ también podría estar detrás de estas diferencias en la percepción de salud entre varones y mujeres. Igualmente es coincidente con la literatura médica el hecho de que haya un gradiente para la edad (a mayor edad, peor CVRS)²¹⁻²³ y un gradiente para la clase social^{13,25}, que se refleja en las peores puntuaciones obtenidas a medida que se desciende en la escala de clase social.

En este trabajo también se traslucen las diferencias existentes entre población inmigrante económica y autóctonos, una realidad hasta ahora no abordada en nuestro entorno. Dadas las diferencias demográficas existentes entre población autóctona (más envejecida) y población inmigrante económica, resulta menos sesgado llevar a cabo las comparaciones en menores de 65 años, y aquí ha podido observarse cómo la población inmigrante presenta valores más altos en las dimensiones Apoyo Social y Calidad de Vida, algo que queda escondido en las puntuaciones medias del sumatorio de CVRS (algo inferiores en población inmigrante, aunque no significativamente diferentes de la población autóctona cuando se trata de menores de 65 años). En estudios realizados fuera del entorno español ha podido evidenciarse que los indicadores de salud de la población inmigrante son en ocasiones mejores que los de la población autóctona, a pesar de encontrarse en peor situación socioeconómica, lo que se conoce como «paradoja latina». Entre las explicaciones que se han dado a este hallazgo figura la presencia de sesgos como el del «salmón» o el inmigrante sano²⁶. Por otra parte, también se ha puesto de manifiesto que, a medida que la población inmigrante lleva más tiempo residiendo en el país receptor, empeora su salud, en general convergiendo hacia la de la población nativa, y en un eje de tiempo prologado llega a colocarse en peores valores que los de la población autóctona²⁷.

Si bien es necesario realizar esta comparación con extrema cautela, las puntuaciones obtenidas en el presente estudio en las 9 dimensiones son similares a las obtenidas en el estudio MOS en 1990²⁸, realizado con población urbana estadounidense atendida en atención primaria, aunque en general con valores inferiores, excepto en las dimensiones Forma Físi-

ca, Cambios en el Estado de Salud y Apoyo Social, lo que en cierta medida traduce validez transcultural. Las diferencias observadas podrían atribuirse al tipo de población, ya que el estudio MOS se realizó en población que acudía a consulta y que, por lo tanto, tenía mayor probabilidad de presentar problemas de salud. El hecho de que las dimensiones Forma Física, Cambios en el Estado de Salud y Apoyo Social estén más elevadas en nuestro estudio también puede guardar relación con el mayor índice de envejecimiento de una ciudad como Madrid, además de que median 15 años entre nuestro estudio y el norteamericano. La falta de valores de referencia que permitan interpretar las puntuaciones obtenidas ha sido uno de los argumentos que se han esgrimido para explicar por qué no se emplean de forma sistemática instrumentos de salud percibida en la práctica clínica. Los resultados de este trabajo pueden contribuir a superar este obstáculo²⁹.

Agradecimiento

Al Departamento de Evaluación y Calidad del Instituto de Salud Pública del Ayuntamiento de Madrid, por facilitarnos el acceso y uso de la base de datos de la Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid del año 2005.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Group WHOQOL. Study protocol for the World Health Organization project to develop a quality of life assessment instrument (WHOQOL). *Qual Life Res.* 1993;2:153-9.
- Centros para el Control y Prevención de Enfermedades [internet]. Atlanta: CDC [actualizado 06/12/2005; citado 30/08/ 2007]. Calidad de vida relacionada con la salud. Disponible en: <http://www.cdc.gov/spanish/hrqol/>
- Schumaker S, Elis S, Naughton M. Assessing health-related quality of life in HIV disease: key measurements issues. *Qual Life Res.* 1997;6: 475-80.
- O'Brien BJ, Buxton MJ, Ferguson BA. Measuring the effectiveness of heart transplant programmes: quality of life data and their relationship to survival analysis. *J Chronic Dis.* 1987;40 Suppl 1:137-58.
- Leplège A, Hunt S. El problema de la calidad de vida en medicina. *JAMA* (ed. esp.). 1998;7:19-23.
- Alonso J. La medida de la calidad de vida relacionada con la salud en la investigación y la práctica clínica. *Gac Sanit.* 2000;14:163-7.
- Schwartzmann L. Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia y Enfermería.* 2003;9:9-21.
- Lizán Tudela L, Reig Ferrer A. La evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud en la consulta: las viñetas COOP/WONCA. *Aten Primaria.* 2002;29:378-84.
- Nelson EC, Wasson JH, Kirk JW. Assessment of function in routine clinical practice. Description of the COOP chart method and preliminary findings. *J Chronic Dis.* 1987;40:55.
- Nelson EC, Landgraf JM, Hays RD, Wasson JH, Kirk JW. The functional status of patients. How can it be measured in physicians' offices? *Med Care.* 1990;28:1111-26.
- Lizán Tudela L, Reig Ferrer A. Adaptación transcultural de una medida de la calidad de vida relacionada con la salud: la versión española de las viñetas COOP/WONCA. *Aten Primaria.* 1999;24:75-82.
- The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL). Position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med.* 1995; 41:1403-9.
- Serra-Sutton V, Rajmil L, Alonso J, Riley A, Starfield B. Valores poblacionales de referencia del perfil de salud CHIP-AE a partir de una muestra representativa de adolescentes escolarizados. *Gac Sanit.* 2003;17:181-9.
- García Olmos L, Miranda C, Barrios M, Arias P, Ogando B, Villegas MV. Medición de la capacidad funcional, con las láminas COOP-WONCA, en una población anciana. *Aten Primaria.* 1994; 13:233-7.
- Lizán L, Reig A, Bartolomé B, Moro JJ, Sancho A. The Spanish version of the COOP/WONCA charts: self-assessed quality of life in different populations. Abstract Issue – 6th Annual Conference of the International Society for Quality of Life Research; 1999 Nov 3-6; Barcelona, Spain. *Qual Life Res.* 1999;8:637.
- Lizán Tudela L, Reig Ferrer A, Richart Martínez M, Cabrero García J. Evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud mediante las láminas COOP/WONCA. *Med Clin (Barc).* 2000;114 Supl 3:76-80.
- Martín-Díaz F, Reig-Ferrer A, Ferrer-Cascales R. Assessment of health-related quality of life in chronic dialysis patients with the COOP/WONCA charts. *Nephron Clin Pract.* 2006;104:C7-C14.
- Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Epidemiología. La medición de la clase social en ciencias de la salud. Barcelona: SG Editores; 1995.
- Valderas JM, Ferrer M, Alonso J. Instrumentos de medida de la calidad de vida relacionada con la salud y de otros resultados percibidos por los pacientes. *Med Clin (Barc).* 2005;125 Supl 1:56-60.
- López-García E, Banegas JR, Pérez-Regadera AG, Gutiérrez-Fisac JL, Alonso J, Rodríguez-Artalejo F. Valores de referencia de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36 en población adulta de más de 60 años. *Med Clin (Barc).* 2003;120:568-73.
- Jörngården A, Wettergen L, Von Essen L. Measuring health-related quality of life in adolescents and young adults: Swedish normative data for the SF-36 and the HADS, and the influence of age, gender, and method of administration. *Health Qual Life Outcomes.* 2006;4:91.
- Azman AB, Sararaks S, Rugayah B, Low LL, Azian AA, Geeta S, et al. Quality of life of the Malaysian general population: results from a postal survey using the SF-36. *Med J Malaysia.* 2003; 58:694-711.
- Gallicchio L, Hoffman SC, Helzlsouer KJ. The relationship between gender, social support, and health-related quality of life in a community-based study in Washington County, Maryland. *Qual Life Res.* 2007;16:777-86.
- Valls-Llobet C, Ojuel Solsona J, López Carrillo M, Fuentes Pujol M. Manifestación y medicalización del malestar en las mujeres. En: Observatorio de Salud de la Mujer del Ministerio de Sanidad y Consumo. El Programa de Formación de Formadores/as en Perspectiva de Género el Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007.
- Yamazaki S, Fukuhara S, Suzukamo Y. Household income is strongly associated with health-related quality of life among Japanese men but not women. *Public Health.* 2005;119:561-7.
- Abraido-Lanza AF, Dohrenwend BP, Ng-Mak D, Turner JB. The Latino mortality paradox: a test of the «salmon bias» and healthy migrant hypotheses. *Am J Public Health.* 1999;89:1543-8.
- Llácer A, Zunzunegui MV, Del Amo J, Mazarrasa L, Bolumar F. The contribution of a gender perspective to the understanding of migrants' health. *J Epidemiol Community Health.* 2007;61 Suppl 2:4-10.
- Nelson EC, Landgraf JM, Hays RD, Kirk JW, Wasson JH, Keller A, et al. The COOP function chart: a system to measure patient function in physicians' offices. En: Lipkin M Jr, editor. Functional status measurement in primary care. New York: Springer-Verlag; 1990. p. 97-131.
- Rebollo P, Valderas JM, Ortega F. Evolución en España de los impedimentos descritos para la utilización, en la práctica clínica, de las mediciones del estado de salud percibido. *Med Clin (Barc).* 2005;125:703-5.

TABLA 1

Características de la muestra estudiada

	Total	Mujeres	Varones
Edad (años)	N = 7.341	N = 3.944	N = 3.397
16-24	870 (11,9%)	433 (11%)	437 (12,9%)
25-34	1.496 (20,4%)	711 (18%)	785 (23,1%)
35-44	1.456 (19,8%)	774 (19,6%)	682 (20,1%)
45-54	962 (13,1%)	518 (13,1%)	444 (13,1%)
55-64	962 (13,1%)	532 (13,5%)	430 (12,7%)
65-74	885 (12,1%)	526 (13,3%)	359 (10,6%)
≥ 75	710 (9,7%)	450 (11,4%)	260 (7,7%)
Estado civil	N = 7.318	N = 3.932	N = 3.386
Casado/a o en pareja	4.182 (57,1%)	2.125 (54%)	2.057 (60,8%)
Soltero/a	2.356 (32,2%)	1.157 (29,4%)	1.199 (35,4%)
Separado/a o divorciado/a	258 (3,5%)	187 (4,7%)	71 (2,1%)
Viudo/a	522 (7,1%)	463 (11,8%)	59 (1,7%)
Nivel de estudios	N = 7.320	N = 3.937	N = 3.383
Sin estudios	666 (9,1%)	474 (12%)	192 (5,6%)
Primarios	1.037 (14,2%)	605 (15,4%)	432 (12,8%)
Secundarios	3.535 (48,3%)	1.810 (46%)	1.725 (51%)
Terciarios	2.082 (28,4%)	1.048 (26,6%)	1.034 (30,6%)
Clase social ¹ (última ocupación)	N = 7.282	N = 3.914	N = 3.368
I-II	2.203 (30,3%)	1.137 (29%)	1.066 (31,7%)
III	1.719 (23,6%)	940 (24%)	779 (23,1%)
IV	2.302 (31,6%)	1.152 (29,4%)	1.150 (34,1%)
V	778 (10,7%)	447 (11,4%)	331 (9,8%)
X	280 (2,8%)	238 (6,1%)	42 (1,2%)
Lugar de origen	N = 7.236	N = 3.896	N = 3.340
Autóctonos	6.323 (87,3%)	3.460 (88,8%)	2.863 (85,7%)
Inmigrantes económicos	913 (12,7%)	436 (11,2%)	477 (14,3%)

¹I-II: directivos y titulados universitarios; III: administrativos y apoyo a la gestión, trabajadores por cuenta propia y fuerzas armadas; IV: trabajadores manuales cualificados; V: trabajadores manuales no cualificados; X: jubilado/pensionista o ama de casa que no tienen ninguna ocupación según la Clasificación Nacional de Ocupaciones pero son sustentadores del hogar.

TABLA 2

Distribución de los valores de las 9 dimensiones de las viñetas COOP/WONCA

	Categorías de respuesta ^a					Perdidos ^b	Media (desviación estándar) ^c			Mediana
	1 (sentido positivo hacia la salud): efecto suelo	2	3	4	5 (sentido negativo hacia la salud): efecto techo		Mujeres	Varones	Total	
Forma Física (n = 7.302)	1.383 (18,9%)	1.033 (14,2%)	2.888 (39,6%)	1.350 (18,5%)	647 (8,9%)	39 (0,5%)	3,01 (1,14)	2,64 (1,12)	2,84 (1,18)	3
Sentimientos (n = 7.331)	4.761 (64,9%)	1.240 (16,9%)	752 (10,3%)	457 (6,2%)	121 (1,7%)	10 (0,1%)	1,75 (1,07)	1,5 (0,90)	1,63 (1,00)	1
Actividades Cotidianas (n = 7.330)	5.387 (73,5%)	1.006 (13,7%)	584 (8%)	270 (3,7%)	84 (1,1%)	11 (0,1%)	1,56 (0,93)	1,36 (0,79)	1,45 (0,87)	1
Actividades Sociales (n = 7.326)	5.563 (75,9%)	846 (11,5%)	600 (8,2%)	238 (3,3%)	78 (1,1%)	15 (0,2%)	1,5 (0,91)	1,33 (0,76)	1,42 (0,85)	1
Cambios en el Estado de Salud (n = 7.329)	326 (4,4%)	534 (7,3%)	6.022 (82,2%)	400 (5,5%)	47 (0,6%)	11 (0,2%)	2,93 (0,56)	2,88 (0,56)	2,91 (0,56)	3
Estado de Salud (n = 7.326)	500 (6,8%)	1.968 (26,8%)	3.252 (44,4%)	1.346 (18,4%)	260 (3,6%)	14 (0,2%)	2,94 (0,92)	2,75 (0,90)	2,85 (0,91)	3
Dolor (n = 7.331)	4.314 (58,9%)	1.030 (14%)	792 (10,8%)	731 (10%)	464 (6,3%)	10 (0,1%)	2,12 (1,38)	1,66 (1,11)	1,91 (1,28)	1
Apoyo Social (n = 7.306)	1.212 (16,6%)	2.438 (33,4%)	2.040 (27,9%)	1.342 (18,4%)	274 (3,7%)	35 (0,5%)	2,64 (1,08)	2,54 (1,06)	2,59 (1,08)	3
Calidad de Vida (n = 7.230)	520 (7,2%)	3.750 (51,9%)	2.645 (36,6%)	265 (3,7%)	51 (0,7%)	110 (1,5%)	2,43 (0,71)	2,34 (0,69)	2,39 (0,70)	2

aLa distribución en las 5 categorías de respuesta es sobre el 100%; el porcentaje de pérdidas en cada dimensión está estimado sobre los 7.341 encuestados; cDiferencias significativas (p < 0,05) entre mujeres y varones en todas las dimensiones.

TABLA 3

Percentiles y media del sumatorio de las 9 viñetas COOP/WONCA según grupo de edad y sexo

Edad (años)		P5	P25	P50	P75	P95	Media (DE)*
16-24	Mujeres	13	15	17	19	26	17,83 (3,85)
	Varones	12	14	16	18	23	16,47 (3,33)
	Total	12	15	17	19	24	17,15 (3,66)
25-34	Mujeres	13	16	18	21	28	18,87 (4,37)
	Varones	13	15	17	20	26	17,86 (3,89)
	Total	13	16	18	20	26,84	18,34 (4,16)
35-44	Mujeres	14	17	19	22	28	19,63 (4,29)
	Varones	13	16	18	20	27	18,52 (4,35)
	Total	13,94	16	18	21	28	19,1 (4,35)
45-54	Mujeres	14	18	20	23	30,29	20,72 (5)
	Varones	14	17	18	21	30	19,5 (4,76)
	Total	14	17	19	22	30	20,16 (4,93)
55-64	Mujeres	15	18	20	24	32	21,33 (5,12)
	Varones	15	17	19	22	29	19,97 (4,35)
	Total	15	17	20	23	31	20,75 (4,84)
65-74	Mujeres	16	19	23	26	35	23,33 (5,66)
	Varones	16	18	20	23	32	21,21 (4,90)
	Total	16	19	21	25	34	22,47 (5,46)
75 y más	Mujeres	18	21	25	29	36,14	25,58 (5,91)
	Varones	16	18,40	22	26	33,45	22,73 (5,71)
	Total	16	20	24	28	36	24,54 (5,99)
Total	Mujeres	14	17	20	24	32	20,84 (5,40)
	Varones	13	16	18	21	29	19,02 (4,69)
	Total	14	17	19	22	30	20,00 (5,17)

DE: desviación estándar. *Comparación entre los totales de cada grupo de edad: p < 0,001; comparación entre varones y mujeres en cada grupo de edad: p < 0,001.

TABLA 4

Percentiles y media del sumatorio de las 9 viñetas COOP/WONCA según clase social y sexo

Edad (años)		P5	P25	P50	P75	P95	Media (DE)*
Clase I	Mujeres	14	16	19	22	29	19,52 (4,48)
	Varones	13	14	18	20	27	18,47 (4,42)
	Total	13	16	18	21	28	19,01 (4,53)
Clase II	Mujeres	14	17	19	23	30	20,1 (4,94)
	Varones	13	14	18	21	28	18,86 (4,59)
	Total	13	16	19	22	29	19,54 (4,82)
Clase III	Mujeres	14	17	19	23	33	21,62 (5,60)
	Varones	13	14	18	21	29	19,41 (4,82)
	Total	13	16	19	22	31	20,51 (5,34)
Clase IV	Mujeres	14,31	18	20	25	33,23	21,96 (5,81)
	Varones	13	14	18	22	29,15	19,49 (4,74)
	Total	14	17	19	23	32	20,90 (5,51)
Clase X	Mujeres	14	18	20	26	36	24,06 (6,27)
	Varones	13	14	19	22	35	21,21 (6,82)
	Total	14	17	20	24	33	23,62 (6,43)
Total	Mujeres	14	17	20	24	32	20,84 (5,40)
	Varones	13	16	18	21	29	19,02 (4,69)
	Total	14	17	19	22	30	20,00 (5,17)

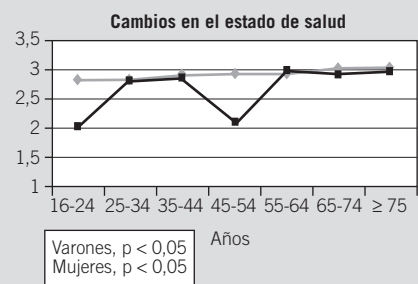
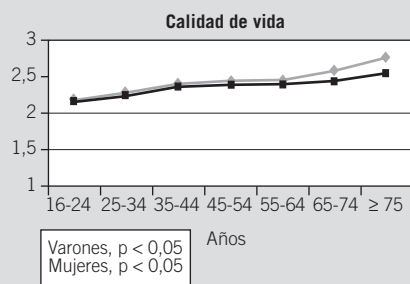
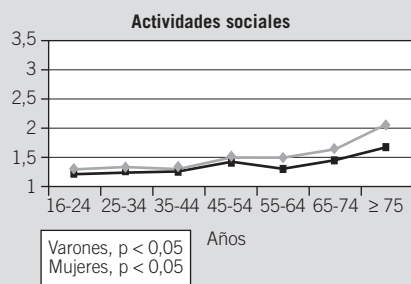
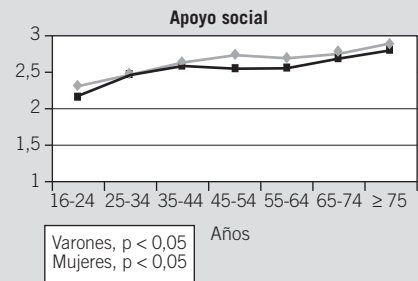
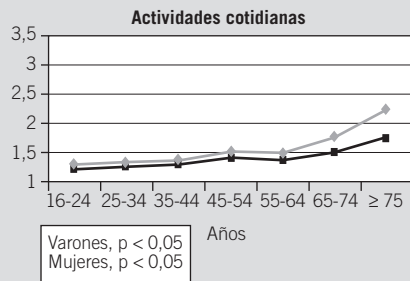
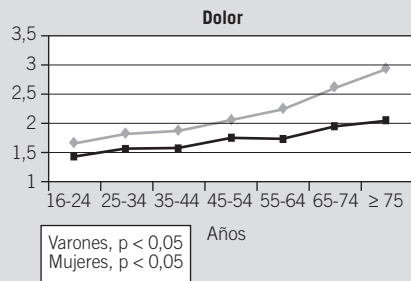
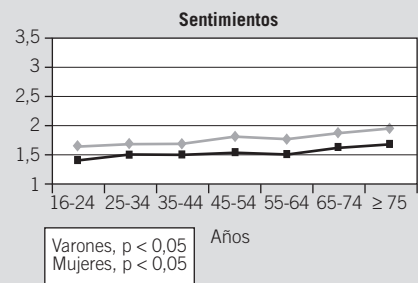
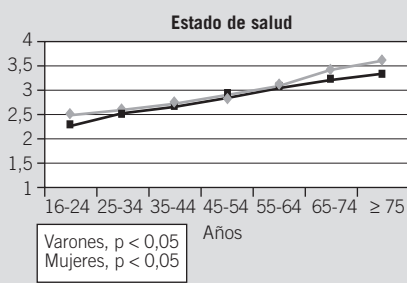
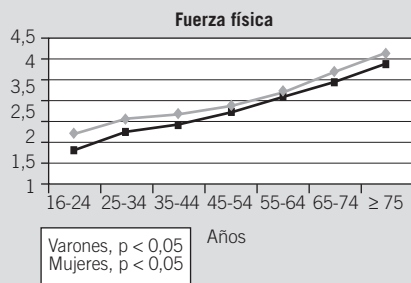
DE: desviación estándar. *Comparación entre los totales de cada clase social: p < 0,001; comparación entre varones y mujeres en cada clase social: p < 0,001 (excepto en clase X, p = 0,008).

TABLA 5

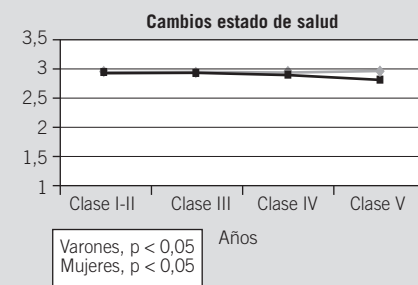
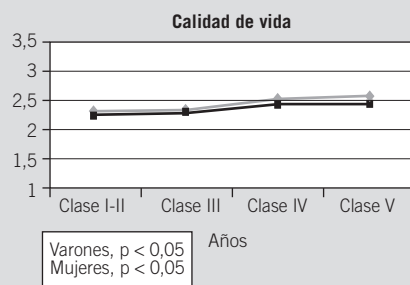
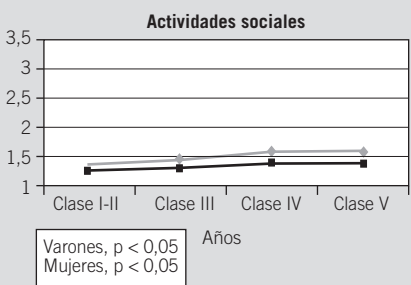
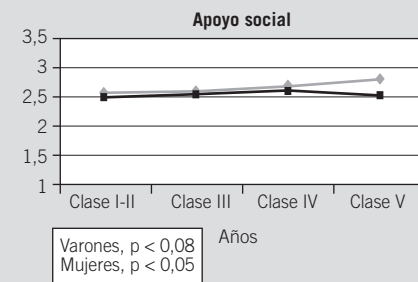
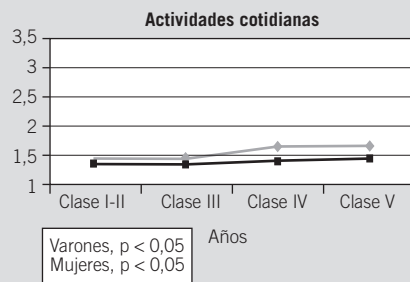
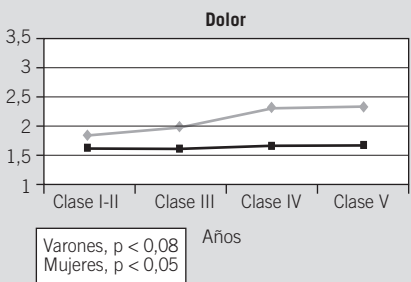
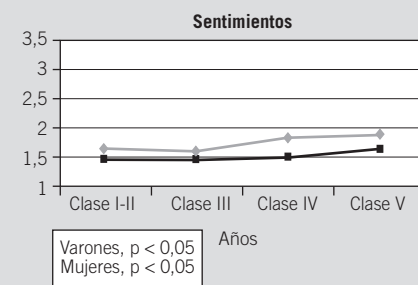
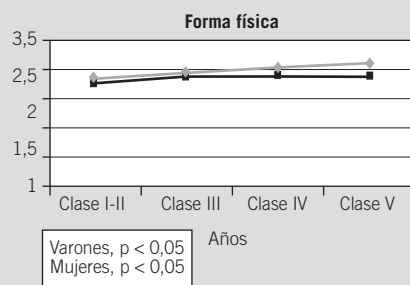
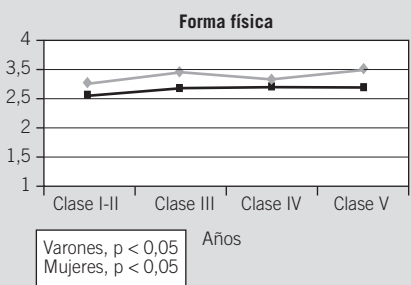
Percentiles y media del sumatorio de las 9 viñetas COOP/WONCA según lugar de origen y sexo

Edad (años)		P5	P25	P50	P75	P95	Media (DE)*
Autóctonos	Mujeres	14	17	20	24	32	20,97 (5,49)
	Varones	13	16	18	21	29	19,14 (4,80)
	Total	14	17	18	23	31	20,13 (5,26)
Inmigrantes económicos	Mujeres	13,62	17	19	22	29	19,89 (4,62)
	Varones	13	16	17,09	21	25	18,31 (3,88)
	Total	13	16	18	21	28	19,10 (4,33)
Total	Mujeres	14	17	20	24	32	20,84 (5,40)
	Varones	13	16	18	21	29	19,02 (4,69)
	Total	14	17	19	22	30	20,00 (5,17)

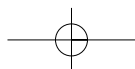
DE: desviación estándar. *Comparación entre totales para autóctonos e inmigrantes económicos: p < 0,001; en población menor de 65 años los valores del sumatorio son 19,07 en autóctonos y 19,02 en inmigrantes (p = 0,317); comparación entre varones y mujeres en cada grupo atendiendo a la lugar de origen: p < 0,001.

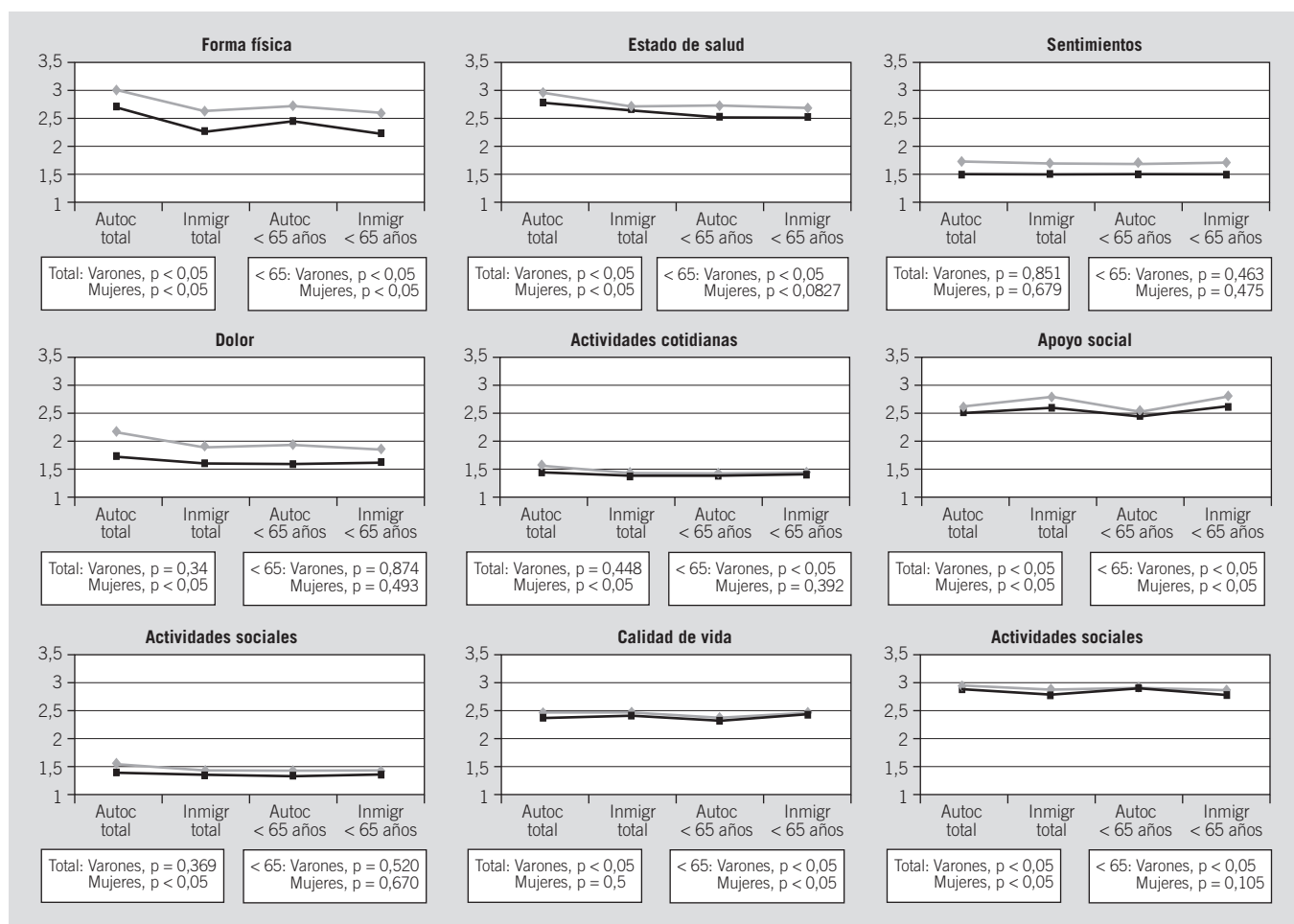


34502F001



34502F002





34502F003

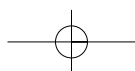


Fig. 1. Puntuaciones medias, según grupo de edad y sexo, en las 9 dimensiones de las viñetas COOP/WONCA de calidad de vida (azul: mujeres; rojo: varones).

Diferencias significativas ($p < 0,05$) entre varones y mujeres: Fuerza Física, en todos los grupos; Sentimientos, en todos los grupos; Actividades Cotidianas, en todos los grupos, excepto en 16-24, 25-34 y 45-54 años; Actividades Sociales, en todos los grupos, excepto en 45-54 años; Cambio en el Estado de Salud, sólo en 65-74 años; Estado de Salud, sólo en 16-24, 65-74 y ≥ 75 años; Dolor, en todos los grupos; Apoyo Social, sólo en 16-24 años; Calidad de Vida, sólo en 55-64, 65-74 y ≥ 75 años.

Fig. 3. Puntuaciones medias, según lugar de origen (autóctonos e inmigrantes económicos) y sexo, y para menores de 65 años y ≥ 65 años, en las 9 dimensiones de las viñetas COOP/WONCA de calidad de vida (azul: mujeres; rojo: varones).

Diferencias significativas ($p < 0,05$) entre varones y mujeres: Fuerza Física, en total y en < 65 años; Sentimientos, en total y en < 65 años; Actividades Cotidianas, sólo en autóctonos (tanto total y < 65 años); Actividades Sociales, en total y en < 65 años; Cambio en el Estado de Salud, sólo en total (tanto autóctonos como inmigrantes económicos); Estado de Salud, en total y en < 65 años; Dolor, en total y en < 65 años; Apoyo Social, en total y en < 65 años; Calidad de Vida, sólo en autóctonos (tanto total y < 65 años).

Fig. 2. Puntuaciones medias, según clase social y sexo, en las 9 dimensiones de las viñetas COOP/WONCA de calidad de vida (azul: mujeres; rojo: varones).

Diferencias significativas ($p < 0,05$) entre varones y mujeres: Fuerza Física, en todas las clases sociales; Sentimientos, en todas, excepto clase X; Actividades Cotidianas, en todas, excepto clase X; Actividades Sociales, en todas, excepto clase X; Cambio en el Estado de Salud, sólo en clases IV y V; Estado de Salud, en todas las clases sociales; Dolor, en todas las clases sociales; Apoyo Social: sólo en clase V; Calidad de Vida, en todas, excepto clases III y X.

Fig. 4. ??????????

SELF-PERCEIVED HEALTH AMONG IMMIGRANT AND NATIVE POPULATION IN THE CITY OF MADRID: A GENDER PERSPECTIVE

Autors: Pilar Serrano-Gallardo^{1,4}, Francisco Bolumar-Montrull², José Manuel Díaz-Olalla³, Ángel Otero⁴,

¹Escuela de Enfermería Puerta de Hierro. Hospital Puerta de Hierro. Universidad Autónoma de Madrid.

²Departamento de Ciencias Sanitarias y Medicosociales. Universidad de Alcalá de Henares

³Instituto de Salud Pública, Salud Madrid, Ayuntamiento de Madrid.

⁴Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad Autónoma de Madrid.

Abstract

Objectives: To explore the self-perceived health (SPH) in the immigrant and native population resident in the city of Madrid and describing the socio-demographic factors associated with the negative self-perceived health status, from a gender perspective.

Methods: A cross-sectional study based on the 2005 City of Madrid Health Survey conducted through personal interviews at home in 8504 subjects. The study was limited to adults between 16 and 64 years (n = 5,704). The dependent variable was the SPH and those regarded as independent: age, gender, length of stay Spain; area of origin; area where they live, social class, marital status, educational level; dependent; perception of environmental quality, employment status and job insecurity. All analysis (univariate, bivariate and multivariate analysis -logistic regression). Have been were conducted separately for men and women, as well as to the status of immigrant and native. Confidence intervals at 95% of security were estimated and it worked with a significance level of less than 0.05.

Results: In the native population, the 19.13% [CI95%: 17.6, 20.66] for women and 14.46% [CI95%: 12.99, 15.92] of the men received regular / bad health. In the immigrant population prevalence was 17.09% [CI95%: 13.42, 20.75] for women and 10.89% [CI95%: 7.73, 14.05] in men. When comparing the prevalence adjusted for age, differences were statistically significant only among indigenous men and women. In the logistic regression analysis for male immigrants, the precarious employment ("Influence of working conditions in daily life" – IEC) were the most important variable for a fair/poor SPH (OR:4.53 [IC95%:1.91,10.97]). In immigrant women the highest OR (2.87 [IC95%:1.21, 6.83])were the precarious employment too. In men native,

educational level, with an OR of 2.7 [IC95%:1.61,4.53] (category: primary or uneducated), was the most powerful and native women, the educational level obtained an OR of 5.1 [IC95%:3.01,8.64] (category: primary or uneducated).

Conclusions: There are gender inequalities in SPH both in the immigrant and native populations; in both cases to be worse in women and a greater gap in immigrant population. With regard to socio-demographic factors associated with SPH, there is similarities to the four subgroups analyzed, there are also different patterns: the immigrant population in precarious employment have greater weight in men, who are also not protected by the education level, in female population has more weight educational level and marital status that only affects women. Further research were necessary, with the aim of obtaining key to allow health interventions to reducing inequalities in health between men and women, which are accentuated by the situation of being an immigrant.

Key words: self-perceive health; immigrant; gender approach; precarious employment; employment condition; educational level, social class.

INTRODUCTION

The migratory phenomenon is becoming increasingly important in our society, from a demographic point of view as well as in many social (culture, economy, education) and health-related aspects.

At the moment, the situation at January 1, 2007, recorded 4,519,554 foreign subjects (2,395,685 males and 2,123,869 females), representing 9.9% of the total resident population in Spain (45,200,737). That percentage rises to 11.6% (5,249,993) if one takes (we take) into account the country of birth and not the nationality. The distribution by country of origin shows that immigrants come virtually equally from Europe and America (39.4% and 39.3% respectively). It is worth mentioning about Europe that only 39% of the immigrant population can be regarded as economic migration considering the country of origin, so the main region from which Spain receives economic immigrant population is South America, which accounts for 85.6% of the American countries. With regard to sex, in general, (Spain receives)/there are more males than females (with marked differences in those who come from Africa, 69.5% vs 30.5%), except in the American countries in which this situation is reversed, 45.8% of men

versus 54.2% of women [1]. Nevertheless immigrant women have increased over the last two years of 46.5% to 48%, mainly at the expense of American Countries [2]. 19.4% of the immigrant population that Spain currently receives sits on the Community of Madrid, which hosts mainly people from America (excluding the United States) (51.9% of the total immigrant population of the Community of Madrid). In this community, 42.3% of the immigrant population has arrived over the past five years, the vast majority are located in/placed at unskilled jobs (14.1%) as well as in the services sector (12.3%). 43,1% of them came searching for better jobs, followed by a 40.3% wanting/who wanted to improve their quality of life [3]. These same reasons were highlighted in a study carried out in Madrid with sub-Saharan immigrants, in which 31% indicated that the economic reasons were the main reason for emigrating, followed by a 26.9% who pointed for/put forward the improvement of quality of life and the search of new opportunities, being work the main concern for 72.4% [4]. Another work carried out in Navarra reflected that 7 out of 10 foreign workers are employed in unskilled jobs despite their high level of schooling [5].

The combination of the unstable life conditions in an immigrant's country of origin, with the difficult process of adaptation which in many occasions begins right from the start of the migratory process, places the immigrant in an especially vulnerable position to suffer from health problems [6,7]. One issue worth reflecting upon is the fact that our knowledge of health problems in immigrant populations is basically acquired through individuals who utilize health services, whether they are provided by hospitals or primary care centers. Therefore offers a distorted image of the issues which affect this population (we know little about the population that does not utilize these services). An additional aspect of this bias is the complex issue of health analysis in ethnic communities, where cultural, racial, and economic issues are mixed. This is a scenario which has been inadequately and incorrectly researched [8].

On the other hand, another perception that is gaining importance in the understanding of community health is the *gender approach*; this can be defined as an analytical construct (and not as a variable) based on the social organization of the sexes, and has a changing character depending on the cultural and dynamic context of the moment. There is strong evidence about the existing inequalities between men and women in which health and health determinants are associated [9-11]. Therefore, the *gender approach*, from a feminist and anthropological view [12, 13], suggests and allows for the deep analysis of the social relations between men and women, with the aim of clarifying the differences

and inequalities in health which are linked to gender; this does not only deal with separating the variable of sex.

Many methodological strategies have been utilized in order to determine the level of health of the population; among them is to know about self-perceived health (SPH) status. Perceived health, measured by a question or in a more elaborate form by instruments which measure the quality of life related to health, is a strong indicator that has demonstrated a high predictive power, associated independently from clinical diagnostics and other risk factors of mid-term mortality (between six and nine years) [14].

Traditionally women have expressed worse SPH than men. A study conducted in metropolitan areas in the USA [15] showed data of 15.5% of regular / poor SPH in women and 13.2% in men. This finding is consistent with other studies [16-18]. Regidor et al [17] showed 32.1% of perceived health "less than good" in women, and 22.6% for men in Spain; these results were significantly associated to the low level of education for both genders. Borrell et al [19], in a study conducted in Barcelona with working population, showed that poor SHP in men was associated with social class and the organization of work, but in women this association was not evident. Another work done on/over working women in Baltimore [20] showed association of the regular / poor SHP with higher age, having a disability, the existence of gender inequalities at work, and not be married.

A recent study carried out in Catalonia by Borrell et al [18] reflects that Non-Catalan Spanish people have poorer SHP than foreigners (27% vs. 16%). The fact that the immigrant population is showing better levels of the SPH than native population has already been shown previously; plausible explanations are related to the healthy immigrant effect, (to) the segment of age at which this reality is explored (usually (for) people younger than the native population), and to the salmon bias, which basically sets out that the immigrant population with poor health status and the older return to their home country, so those indicators from the immigrants that remain in host countries are always from the youngest and healthiest [21,22].

Given that the inequalities in health between men and women as well as those between the immigrant and native populations may or may not be linked to common socioeconomic inequalities, the study of this reality is particularly of interest; only with an extensive knowledge of these inequalities may it be possible to design fair health policies that will contribute to improving the levels of health of men and women.

The objectives of the present study were to explore the level of SPH in the immigrant and native population, resident in the city of Madrid and describing the socio-demographic factors associated with the negative self-perceived health status, from a gender perspective.

METHODS

Study population, sample and data collection

Data were collected as a part of the 2005 Madrid Health Survey, a cross-sectional survey.

The population frame was made up of non institutionalized subjects registered in the municipal census of the city of Madrid from January 1, 2004 (3,162,304 inhabitants), was selected by means of random sampling of bi-stage clusters. The unit in the first stage was the district section and in the second stage was the registered person in each district section. Subjects were stratified by municipal districts, and each of the 21 districts were then stratified by sex and age group (<16, 16-64, and 65+ years). The present study was limited to adults under 65 years. The sample size was of 8,504 subjects (7,341 adults and 1,163 under 16 years of age), the absolute sampling error for the estimations referring to the adult population of 16 and older was determined to be $\pm 0.7\%$, assuming a design effect (deff) of 1.5 and with an alpha error of 5%.

Data were collected between November 2004 and June 2005 through a questionnaire administered at home with an approximate duration of 35 minutes. The interviewers and fieldwork supervisors received specific training.

Those persons who could not understand Spanish language were replaced.

Variables

The Self-Perceived Health status (dependent variable) was measured by the question, ***In general, how would you describe your current health status?*** (using an ordinal scale of 5 points, from excellent to poor). The variables considered independent were: **age**; **sex**; **length of stay in Spain** (in years); **area of origin** (native if the person was born in Spain and Immigrant Population from low-income countries, if the area of origin was Central America, South America, Africa, Eastern Europe or Asia - excluding Japan -); **zone of residence** (district, classified by Group 1, Group 2, and Group 3, determined by family income and percentage of individuals with greater than a high school education (HSE) [23]. Group 1: household income less than 11,000 euro per year and less than 50% with greater than HSE; Group 2: household income between 11,000 and 14,000

euro per year and between 50 and 60% with greater than HSE; Group 3: household income exceeding 14,000 euro per year and more than 60% with greater than HSE); **social class** divided in 5 levels according to the classification proposed by the Spanish Society of Epidemiology (SEE) [24], which is based on the National Classification of Occupations (CNO) 1994 [25] [category X was added because according to the CNO, individuals who were providing financial support for their families at the time of the interview could no longer be classified as homemakers or retirees/pensioners (the occupation of the person being interviewed was noted for the purpose of obtaining the social class)]; **marital status** (married or cohabiting, single, separated/divorced, widowed); **level of education completed** (by the question: *¿What is the highest level of studies you have completed?* with categories: no education, primary school, high school and college or university studies; **familial burden** (measured by the number of individuals under 12 years or over 75 years of age who reside at home, and are cared for by the individual being interviewed); **perception of environmental quality** (through the question: *In general, the quality of the environment in your neighborhood is...* - on an ordinal scale of 5 points from Excellent to Very poor); the **employment status** (through self-placement in one of the following categories: Employed, Unemployed, Student, Homemaker, Retired, Other, Not Know/Not Sure); **precarious employment** [26] (three variables were used: a) **type of contract** stated by the interviewee – self-employed, civil servant, Indefinite, temporary, and without a contract (temporary or without a contract was considered precarious employment); b) from the question: ***How concerned do you feel about the possibility of losing your job?***, on an ordinal scale of 5 points, from Extremely to Not at all (Extreme or significant or average was considered precarious employment); c) and from the question: ***How do you think your working conditions influence your daily life?*** – it is not influenced at all, it is positively influenced and it is negatively influenced (negatively influenced was considered precarious employment)). If any of these three variables had a positive value, it was considered that the subject had a precarious work.

Data analysis

All analyses were carried out separately for natives and immigrants and for men and women. In the logistic regression analysis, the SPH variable was recoded into one of two categories – excellent, very good, and good were given a value of 0; fair and poor were given a value of 1.

In calculating the prevalence of fair/poor SPH, individual weightings were used in order to accurately represent the characteristics of the referenced population. Age-adjustment was done (Direct standardization; the census population at January 1, 2007 was considered to be the standard) for the purpose of comparing the prevalence between the immigrant and native population (NP). The calculation of the confidence intervals of the prevalence adjusted (direct method) was based on the gamma distribution [27], suitable for small sample sizes that is the case with the immigrant population.

All variables were first described (number of cases, mean, standard deviation, median and percentages) by gender and migration status and tested the signification of their associations of the Chi-square test, Fisher's Exact Test and Student's t Test.

So as to reduce the probability of excluding any relevant confusion factors on the final model [28], the variables associated with SPH with bivariate levels of $p \leq 0.20$ were also included in the analysis (variables were entered manually with the aim of obtaining more adjusted models). Each of the variables was recoded for the purpose of the logistic regression analysis. Other recoded of the explicative/predictive variables were also carried out for the purpose of obtaining better adjusted models.

The correlation between independent variables were analyzed so as to prevent colinearity; with the same purpose the variables "social class" and "level of education" were not jointly entered into the regression models.

It has been shown in multivariate models as the variable sex generates multiple terms of interaction, therefore the carrying out gender-disaggregated multivariate models allow for greater understanding and interpretive richness, since it provides the stage to express the complexity of construct gender, rather than be controlled if the variable sex is incorporated into the models. Moreover, the gender perspective is not only suitable for studying women's health, because the models disaggregated by sex, known as interacts allow such work differently in the health of men and women [9,29-34]. Drawing on the works of Kaufman & Cooper [35, 36], LLacer et al [21] and under the same reasoning to gender, must be disaggregated models for immigrants and natives, as the adjustment of intermediate causes not usually produce valid results.

For all the analyses (excluding the aforementioned, used for the regression analysis) a significance level of less than 0.05 was used; regarding the dummy or indicator variables, it is acceptable to consider significant the complete nominal variable (with all of its categories) [37], even if some of the categories may not have a $p \leq 0.05$. The

confidence intervals were calculated to be 95%. The programs SPSS v12.0 and Epidat 3.0 were used for data calculations.

RESULTS

Description of the study population and comparison between women and men

Information was obtained from 5,704 subjects between 16 and 64 years of age, of which 837 (14,4%) fulfilled the criteria of being immigrant. The other 4,867 subjects were from the NP. The examined variables for both subgroups are described in Table 1, with statistically significant differences ($p \leq 0.05$) existing between men and women with respect to almost all of the examined variables. Exceptions were noted in the age distribution for the immigrants, and in the variables “concern of losing his job,” “Precarious employment, through influence of employment conditions on everyday life” (Precarious employment IEC), “perceived quality of environment” (PQE) and “zone of origin”. Also there were differences between immigrants and natives in all the variables studied except sex.

Prevalence of fair/poor self-perceived health: comparison between women and men

In the NP, 19.13% [CI95%: 17.6, 20.66] of women perceived a health status of fair/poor compared to 14.46% [CI95%: 12.99, 15.92] of men; in the immigrants, 17.09% [CI95%: 13.42, 20.75] of women compared to 10.89% [CI95%: 7.73, 14.05] of men.

The age-adjusted prevalence of fair/poor SPH can be seen in the figure 1; according confidence intervals, there was significance difference between men and women natives only (natives men: 13.73% [CI95%: 12.27, 15.33]; natives women: 17.428 [CI95%: 15.88, 19.07]), but is important to note the increase of the prevalence in the immigrants women related to other groups.

Fair/poor self-perceived health according socio-demographic variables in Immigrants Population

The average age of the 837 immigrants less than 65 years of age was 35.22 years (SD: 10,24), with 48.3 of the population being men and 51.7% being women, with an average of 7.51 years residing in Spain (SD: 7.96) [15.8% (n=144) less than 2.5 years, 26.9% (n=246) between 2.5 and 5 years, and 57.3% (n=524) 5 years or more].

The relationship between SPH and the other variables examined in men and women from the immigrants can be seen in Table 2. The prevalence of fair/poor SPH in men was 9.8% in a working situation of employment or student, compared to 21.6% if they were unemployed, house husband or retired ($p=0.04$). If the Precarious employment

IEC was negative, the prevalence was 26.3%, compared to 7.4% for positive Precarious employment IEC ($p=0.00$). In women the prevalence of fair/poor SPH was significantly associated with age (26.7% in the range of 45 to 64 years, compared to 8.9% in the 16 to 24 years, $p=0.01$); with the education level (24% if they had no education or primary education compared to 11.1% if they had college or university studies, $p=0.04$); with the Precarious employment IEC (33.3% for negative Precarious employment IEC compared to 16.1 % if it was positive, $p=0.03$) and the PQE (22.7% for fair/poor/very poor PQE compared to 14.4% if it was very good/good, $P=0.03$).

The logistic regression analysis carried out in **men** included the variables: Precarious employment IEC with an OR of 4.53 [CI95%: 1.91, 10.97] for the “negatively affects” category; the PQE with an OR of 2.23 [CI95%: 1.04, 4.82] for the “fair/poor/very poor perception” category, with both OR adjusted for age (Table 3).

In **women**, the included variables were: Precarious employment IEC with an OR of 2.87 [CI95%: 1.21, 6.83] for the “negatively affects” category; age with an OR of 5.99 [CI95%: 1.16, 30.74] for the age group 45-64 years compared to that of 16-24 years; and level of education completed, with an OR of 2.68 [CI95%: 1.03, 7.01] for those having completed primary school or have no education compared with those which have completed college or university studies (Table 3).

Fair/poor self-perceived health according socio-demographic variables in Native Population

The average age of the 4,867 subjects less than 65 years of age was 39.83 (SD: 13.5), with 48.1% being men and 51.9% being women.

The relationship between SPH and the other variables examined in men and women from the native populations can be seen in Table 4. In men the fair/poor SPH was significantly associated with all variables except with the family burden. Beside on women was not the association with the variable "concern of losing his job".

The logistic regression analysis carried out in **men** included the variables: Precarious employment IEC with an OR of 2.39 [CI95%: 1.66, 3.44] for the “negatively affects” category; the PQE with an OR of 1.69 [CI95%: 1.22, 2.36] for the “fair/poor/very poor perception” category; age with an OR of 6.58 [CI95%: 2.19, 19.72] for the age group 45-64 years compared to that of 16-24 years; and level of education completed, with an OR of 2.7 [CI95%: 1.61, 4.53] for those having completed primary school or having no education compared with those who had completed college or university studies (Table 5).

In **women**, the variables included Precarious employment IEC with an OR of 1.89 [CI95%: 1.26, 2.83] for the “negatively affects” category; ; the PQE with an OR of 1.5 [CI95%: 1.07, 2.11] for the “fair/poor/very poor perception”; marital state with an OR of 2.33 [CI95%: 1.29, 4.2] for the categories of separated/divorced/widowed compared to the category of single; and level of education completed, with an OR of 5.1 [CI95%: 3.01, 8.64] for those that have completed primary school or have no education, compared with those that have completed college (Odds Ratios adjusted for age). In another model which included social class instead of level of education completed, class X showed an age-adjusted OR of 5.43 [CI95%: 0.54, 54.59] compared to those which were in social class categories I-II-III (Table 5).

DISCUSSION

Gender inequality in SPH is present in both the immigrant and native population. SPH appears to be poorer in women in both cases, but the gap is greater in immigrant population, but by the low sample sizes the confidence intervals are quite wide and not allow the difference with statistical significance. This finding is consistent with other published studies [15-17]. Regidor et al [17] showed rates of 32.1% of women and 22.6% of men reporting a status of self-perceived health of “less than good” in Spain, although these values are higher than those obtained in the present study. This may be explained by the fact that, as was also seen in the work of Regidor et al [17], perception is closely related to level of education (at a higher level, perception is often better), and the population of Madrid has a greater percentage of individuals with higher levels of education in comparison to the national levels which as a whole (29.41% versus 22.01%, Instituto Nacional de Estadística, 2005) [39]. Studies at the European level also reflect these differences [16]. Another rationale behind the lower rates found in the present study is the inclusion of subjects as young as 16 years of age (these individuals have better self-perceived health); the previously mentioned studies included subjects no younger than 20 or 25 years of age. It has been suggested that these differences between men and women may be related to the fact that it is generally easier for women to express their physiopsychic states; however, this is difficult to demonstrate in the presence of the evidence that women complain less about certain symptoms than do men, that they perceive less severity when faced with the same diagnosis as men, and they wait longer to seek health care when showing severe signs and symptoms of illness [40-43]. Currently it handle hypothesis that postulate that social support can be one of the determinants that are behind this gender difference, although the results are

inconclusive [44]. Moreover, morbidity differential can also be behind these differences in the perception of health between men and women [45].

It is worth mentioning, regarding the measurement of SPH, in the majority of studies which include this variable it is divided into categories such as very good/good or fair/poor/very poor. Given the categories of the scale utilized for this study, the categories labeled excellent, very good and good were combined, and then separately the categories fair and poor as well, in order to be a more reliable and valid (taking into account other studies [15,16,20,38].

The fact that the level of education completed does not reach statistic meaning in any regression models for the immigrant men is still surprising (Although the number of subjects was low), and requires monitoring and further exploration in the future.

Although lower social class has generally been linked to poorer levels of self-perceived health [46,47], mainly in men [19] (It has been made manifest in the present study at the bivariate level, although not in immigrant women), this does not continue to be an explanatory variable in the regression models carried out (only in native women). In this respect, just as Rohlfs et al [48] has proposed, the level of education variable may be a means of measuring social class, with the advantage of each individual having their own level. Additionally the aforementioned study suggests that this is a variable available to all women, which is not the case with social class.

Employment conditions having a negative influence on domestic life, as a measure of precarious employment, was associated with a fair/poor perception of health status both in men and in women (NP and immigrants). There is a methodological limitation inherent to the comparison of the ORs obtained in the logistic models, but it is proposed as an opportunity to understand more deeply that relates / determines health [12,31]. Taking this into account, it is worth noting that the OR was higher in the immigrants, and higher in men than in women (in both populations). In this regard, a recent study on occupational injuries in Spain [49], shows that foreign workers have a statistically significant excess, both non-fatal injuries (RR = 1.13), as of fatal injuries (RR = 1.34) compared the natives, and that these differences may be even greater on the basis of underdeclaring in the notification of accidents for the group of foreigners. One study with Mexican workers [50] demonstrated that when employment conditions are perceived as negative there is a 3.6 times greater risk of having fatigue, 3.1 times greater chance of having psychological disorders, and 1.5 times greater chance of having psychosomatic disorders. How affect the precarious employment particularly to

immigrant men, may be related to the cultural construction of masculinity which formulates the feeling of self-worth in men that is seen when men assume the duties of fulfilling expectations of financially supporting their families (many times their families are still living in their country of origin); this was seen in a study [51] on temporary undocumented Latino workers in the United states, who demonstrated mental health problems, drug abuse, violent conduct, and somatic disorders when faced with the stress of precarious employment (coercive conditions which destroy their sense of masculinity). In any case, how it affects the precarious working to men and women, and whether there are differences, is an issue not yet sufficiently investigated. As to the point Menendez et al [52], the damage could be greater for women than men (gender division of labor; occupational segregation, both horizontally and vertically, encouraging that woman suffer discrimination, and she clash with what has been renamed *Glass ceiling and Sticky stairs*, that block her professional promotion [53-55]; class inequality and ethnicity; gendered division of household work; leadership job historically in the hands of white males, which has helped ensure that not in the interests of those who occupy precarious jobs, and this particularly affects women, and especially if they are immigrants, since they occupy a high percentage non-standard jobs or precarious as domestic service jobs in the economy or irregular [21,49]. All these issues must be added the little attention that the occupational epidemiology has had about problems and the specific situations of women [53]. Therefore this reality must be more deeply investigated.

Marital state had significative predictive power in the multivariate analyses only in native women (single women had the best health, followed by married women, and other situations). A review done by Baider & Bengel [56] reflected that to be married is a protective factor for men, given that marriage provides them with more social structure and more control. On the other hand, in women it was not marital status but satisfactory coping with marital conflicts which became a predictor of good quality of life related to health (women are twice as likely to develop clinical depression when faced with marital problems). Maybe the reason for this lies behind the native, who generally have a greater cultural awareness of relationship problems; those who are separated and divorced may be more likely to perceive a health status of fair/poor. However, it is important that we use this information cautiously given that these problems were not specifically addressed in the current study, preventing us from fully capturing the possible protective or risk effects on health related to marital status.

Behind this reality, there may be a lack of social support or a decrease of dominate higher social class at home, especially in separated and divorced women compared to when they were married; nevertheless it is important to point out that the risk found in the analysis is independent of social class, given that the two variables continue to play a significant role in the regression model (this also occurs in the model which substitutes social class for level of education completed). Following the above and as reflected Artacoiz et al [53], married women may have a conflict between the productive and reproductive roles, something that does not happen if you are single.

Familial burden has not been associated with self-perceived health in any of the four analyzed subgroups, though literature on the subject matter says otherwise [57]. Certain factors may contribute to familial burden: a) the majority of studies which demonstrate the association between poor health and being a caretaker are carried out with adult women who care for elderly (which means a complex care-providing system, and thus overloading the caregiver). This is probably not the case, however, in our study (to that respect a study carried out in Barcelona [19] in the working population did not show any evidence of association between a variable very similar to the conceptualization here of “familial burden” and self-perceived health in men or in women). Caring for children does not involve the same burden as caring for adults, as demonstrated in Women’s Health Australian (WHA) [58] which shows that middle-aged women (45-50 years) who have on average three roles (worker, wife, and mother) report better health than those who have only one role or have no role in society. This is a situation that does not occur in elderly populations (70-75 years), as those having roles of caretaker and wife often have poorer health than those who only play the role of a wife. On the other hand, the relationships measured in cross-sectional design, as is the case in the present study, prevent us from finding out if occupying multiple roles has an effect on health or if the health situation is actually what permits an individual to be able to play a number of roles. This limitation is also exposed by the Artacoiz et al [53], noting that in cross-sectional studies there is a potential reverse causation bias, such a poor health status may be the reason for being homemaker exclusively, being unemployed or have a precarious work. b) Possible associations between familial burden and level of education (which followed the same patterns as social class) have been examined in the sample studied, with the aim of noting possible confounding. It has also been noted that in the native populations, women who have higher familial burdens are generally those who have higher levels of education (a protective factor for health) which can offset the

relationship between familial burden and fair/poor SPH. This situation is not seen in immigrants women, for whom higher levels of education result in lower rates of familial burden (a poorer perception of health was reported when immigrant women had higher familial burdens as was shown in the results, although this was not statistically significant). In connection with the foregoing, it is also important to note the importance of having a person hired for domestic help because this is associated with good self-perceived health in married women workers, after adjusting for age and social class [59].

The perceived quality of living environment was associated with SPH in such a way that if the former is perceived as good, the latter will be the same. The relationship between environment and health has been demonstrated continuously throughout history though at the present time it may be felt more on an individual level. A study in Finland [60] shows as favorite places to visit produces positive feelings and improves negative. De Vries [61] also showed the positive effect of living in green areas on perceived health. The explanations behind are still insufficient, but could be in line for green areas repaired stress and / or to be more time outside home allows leisure activities and exercise that promote health. The hypotheses of *environmental regulation* assumes that not only carry out mental, physical and social strategies but also environment, people use the sites to restore his health after a negative experience [62]. In a large city such as Madrid where the quality of environment is constantly being deteriorated, this association is even more apparent, and it may have a deep impact on the health of individuals.

The biggest difference in SPH between immigrants men and women than among native men and women might be associated with the largest gap, with respect to social class, that exists between immigrants men and women (16% of men in class V – unqualified workers – compared to 27.4% of women) than between native men and women (8.8% in class V for both sexes). The aforementioned study of self-perceived health in ten European countries [16] shows greater discrepancies amongst countries which have greater differences in the levels of education between men and women. Another element which may explain the difference between immigrant men and women may be the fact that these women carried live significantly longer in Spain than the men, and therefore they were able to assimilate the socio-cultural model of native women [63].

In conclusion, it may be stated that gender inequalities in SPH do exist, and that different factors are associated depending on whether the immigrant or native

population: a) in the immigrants: negative employment conditions are more significant for men, who also were not shown to be protected by increased levels of education; b) in the native population: the factors associated with SPH in men and women are similar, even though the level of education or social class variables in women were more influential; a differential factor is marital status, which only seems to effect women; c) the discrepancy which exists between immigrant men and women may be related to the greater length of time women have spent in Spain compared to men, even though a greater percentage of them are in lower social classes.

It is essential to continue researching this reality for the purpose of obtaining more solid evidence which may allow for health interventions. These interventions may diminish inequalities in health between men and women.

ACKNOWLEDGEMENTS

To the Department of Evaluation and Quality of the Public Health Institute of Madrid city hall, for giving us access and use of the database of the Health Survey Madrid in 2005.

To Sara Golub for her dedication and care to make the first translation.

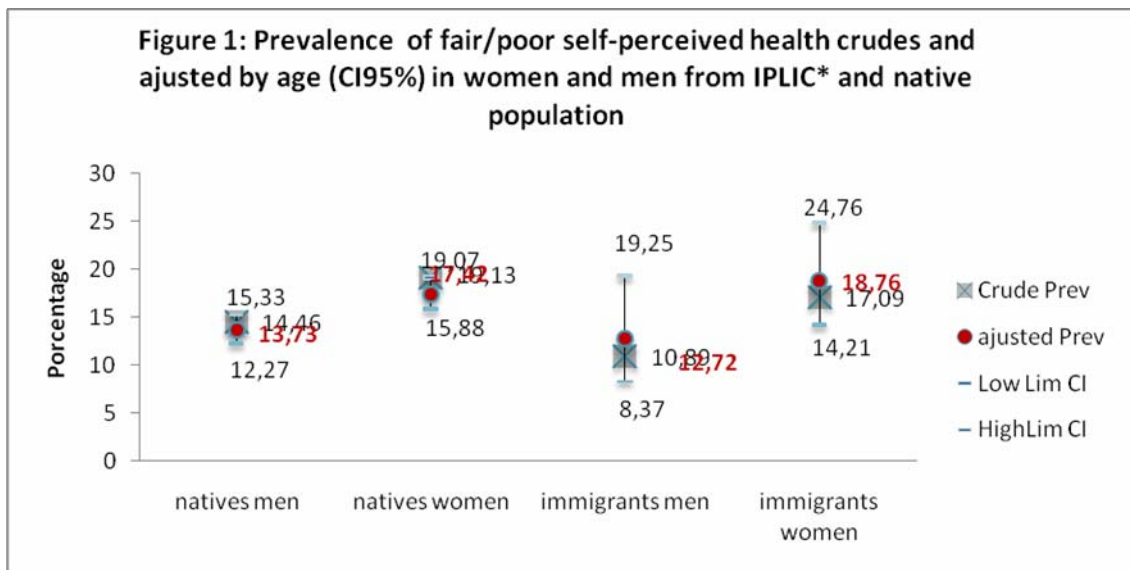


Figure 1: Prevalence of fair/poor self-perceived health crudes and adjusted by age (CI95%) in women and men from immigrant and native population

Table 1: Description of the Population Studied for immigration status and gender

VARIABLES		Immigrant Populations (n=837)			Native Populations (n=4867)			p-value ^Ω
		Men	Women	Total	Men	Women	Total	
CATEGORIES		# (%)	# (%)	# (%)	# (%)	# (%)	# (%)	
Sex	Men			404 (48,3)			2275 (48.1)	0.430
	Women			433 (51,7)			2592 (51.9)	
Average age in years (SD)		34,69 (10,19)	35,81(10,22)	35,22 (10,24)	36,23 (9,61)	37,72 (8,40)	36,94 (9,03)	0,000
Median		34	35	5	37	37	37	
Age Groups*	16-24	60 (14.9)	56 (12.99)	116 (13.9)	353 (15.5)	347 (13.4)	700 (14.4)	0.000
	25-44	266 (65.8)	287 (66.3)	553 (66.1)	1032 (45.4)	1142 (44.1)	2174 (44.7)	
	45-64	78 (19.3)	90 (20.8)	168 (20.1)	890 (39.1)	1103 (42.6)	1993 (40.9)	
Average length of stay in Spain in years (SD)/ Med^s		7,27 (7,94)/5	8,13 (8,39)/5	7,71 (8,18)/34				
Length of stay in Spain**	Less than 2.5 years	85 (21.1)	49 (11.4)	134 (16.1)				
	Between 2.5 and 5 years	109 (27)	130 (30.3)	239 (28.7)				
	5 years or more	209 (51.1)	250 (58.3)	459 (55.2)				
Self-perceived health **	Excelent	24 (5,9)	37 (8,6)	61 (7,3)	161 (7,1)	137 (5,3)	298 (6,1)	0.024
	Very Good	139 (34,4)	109 (25,3)	248 (29,7)	627 (27,6)	699 (27)	1326 (27,3)	
	Good	197 (48,8)	211 (49)	408 (48,9)	1152 (50,8)	1253 (48,5)	2405 (49,5)	
	Fair	42 (10,4)	68 (15,8)	110 (13,2)	279 (12,3)	426 (16,5)	705 (14,5)	
	Poor	2 (0,5)	6 (1,4)	8 (1)	50 (2,2)	70 (2,7)	120 (2,5)	
Social class^y **	Class I-II	51 (12.8)	76 (17.7)	127 (15.3)	830 (36.9)	910 (35.4)	1740 (36.1)	0.000
	Class III	49 (12.2)	51 (11.9)	100 (12)	543 (24.1)	725 (28.2)	1268 (26.3)	
	Class IV	236 (59)	179 (41.6)	415 (50)	643 (28.6)	665 (25.9)	1308 (27.1)	
	Class V	64 (16)	118 (27.4)	186 (22)	198 (8.8)	225 (8.8)	423 (8.8)	
	Class X	-	6 (1.4)	6 (0.7)	37 (1.6)	43 (1.7)	80 (1.7)	
Level of education completed **	Unable to read or write	-	2 (0.5)	2 (0.2)	6 (0.3)	6 (0.2)	12 (0.2)	0.000
	No education	4 (1)	9 (2.1)	13 (1.6)	17 (0.7)	28 (1.1)	45 (0.9)	
	Primary incomplete	12 (3)	16 (3.7)	28 (3.4)	49 (2.2)	81 (3.1)	130 (2.7)	
	Primary School	54 (13.5)	67 (15.5)	121 (14.6)	207 (9.1)	283 (10.9)	490 (10.1)	

	High School	246 (61.6)	238 (55.1)	484 (58.3)	1202 (53)	1355 (52.3)	2557 (52.7)	
	College or University	84 (21.1)	99 (23)	183 (22.1)	787 (34.7)	837 (32.3)	1624 (33.4)	
Marital Status **	Married/ with a Partner	250 (62.2)	261 (60.6)	551 (61.3)	1277 (56.2)	1515 (58.7)	2792 (57.5)	0.000
	Single	139 (34.6)	125 (29)	264 (31.7)	943 (41.5)	853 (33)	1796 (37)	
	Separated	7 (1.7)	26 (6)	33 (4)	27 (1.2)	73 (2.8)	100 (2.1)	
	Divorced	5 (1.2)	15 (3.5)	20 (2.4)	17 (0.7)	51 (2.2)	68 (1.4)	
	Widowed	1 (0.2)	4 (0.9)	5 (0.6)	7 (0.3)	90 (3.5)	97 (2)	
Employment status **	Employed	342 (84.7)	326 (75.3)	668 (79.8)	1685 (74.1)	1422 (54.9)	3107 (63.9)	0.000
	Unemployed	30 (7.4)	22 (5.1)	52 (6.2)	108 (4.7)	114 (4.4)	222 (4.6)	
	Student	25 (6.2)	17 (3.9)	42 (5)	253 (11.1)	268 (10.3)	521 (10.7)	
	Homemaker	-	61 (14.1)	61 (7.3)	3 (0.1)	660 (25.5)	663 (13.6)	
	Retired	-	3 (0.7)	3 (0.4)	158 (6.9)	89 (3.4)	247 (5.1)	
	Other	7 (1.7)	4 (0.9)	11 (1.3)	68 (3)	37 (1.4)	105 (2.2)	
Type of employment contract **	Self-employed	31 (9.4)	27 (8.6)	58 (8.9)	234 (14)	113 (8)	347 (11.3)	0.000
	Civil Servant	-	3 (0.5)	3 (0.5)	98 (5.9)	128 (9.1)	226 (7.3)	
	Undefined contract	113 (33.8)	132 (41.9)	245 (37.8)	1111 (66.6)	899 (63.4)	2005 (65.1)	
	Temporary	96 (28.7)	66 (21)	162 (25)	152 (9.1)	144 (10.2)	296 (9.6)	
	Unknown / without a contract	94 (28.1)	87 (27.6)	181 (27.9)	73 (4.4)	131 (89.3)	204 (6.6)	
Concern of losing job	Extreme	40 (11.8)	34 (10.7)	74 (11.3)	82 (4.9)	76 (5.4)	158 (5.1)	0.000
	Significant	67 (19.8)	41 (12.9)	108 (16.4)	182 (10.9)	131 (9.3)	313 (10.2)	
	Average	75 (22.1)	77 (24.2)	152 (23.1)	255 (15.3)	209 (14.9)	464 (15.1)	
	Slight	72 (21.2)	73 (23)	145 (22.1)	456 (27.3)	380 (27)	836 (27.2)	
	Not at all	85 (25.1)	93 (29.2)	178 (27.1)	694 (41.6)	609 (43.3)	1303 (42.4)	
Influence of employment conditions on daily life	Do not influence	132 (41.4)	148 (48.4)	280 (44.8)	572 (35.6)	442 (32.9)	1014 (34.4)	0.000
	Negatively influence	38 (11.9)	33 (10.8)	71 (11.4)	281 (17.5)	229 (17.1)	510 (17.3)	
	Positively influence	149 (46.7)	125 (40.8)	274 (43.8)	753 (46.9)	672 (50)	1425 (48.3)	
Familial burden **	Yes	23 (5.7)	204 (47.1)	227 (27.1)	129 (5.7)	593 (22.2)	722 (14.8)	0.000
	No	381 (94.3)	229 (52.9)	610 (72.9)	2146 (94.3)	1999 (77.1)	4145 (85.2)	
Perceived quality of environment	Excellent	36 (9)	33 (7.7)	69 (8.4)	127 (5.7)	116 (4.5)	243 (5.1)	0.000
	Good	250 (62.7)	252 (59)	502 (60.8)	1288 (57.6)	1422 (55.6)	2710 (56.6)	
	Fair	101 (25.3)	129 (30.2)	230 (27.8)	703 (31.5)	860 (33.6)	1563 (32.6)	
	Poor	10 (2.5)	10 (2.3)	20 (2.4)	95 (4.3)	123 (4.8)	218 (4.6)	
	Very Poor	2 (0.5)	3 (0.7)	3 (0.7)	22 (1)	35 (1.4)	57 (1.2)	
Area of origin	Eastern Europe	43 (10.6)	53 (12.2)	96 (11.5)				
	Africa	46 (11.4)	27 (6.2)	73 (8.7)				

	South America	294 (7.8)	322 (74.4)	616 (73.6)				
	Middle East	4 (1)	4 (0.9)	8 (1)				
	Asia	14 (3.5)	19 (4.4)	33 (3.9)				
	Other	3 (0.7)	8 (1.8)	11 (1.3)				
residencial zone ^{&}	Group 1	177 (43.8)	169 (39)	346 (41.3)	852 (37.5)	988 (38.1)	1840 (37.8)	0.024
	Group 2	157 (38.9)	168 (38.8)	325 (38.8)	870 (38.2)	993 (38.3)	1863 (38.3)	
	Group 3	70 (17.3)	96 (22.2)	166 (19.8)	553 (24.2)	611 (23.6)	1163 (23.9)	

^ΩComparison between Immigrant and Native Population

[¥]I-II: managers and university graduates; III: administrative and management support, self-employed and armed forces; IV: skilled manual workers; V: unskilled manual workers; X: Retired / pensioner or housewife who have no occupation according to the National Classification of occupation but they are backers of the household.

[&] Group 1: districts where household income less than 11,000 euro and less than 50% with greater than High School Education (HSE); Group 2: household income between 11,000 and 14,000 euro and between 50 and 60% with greater than HSE

^{\$}Median

*Significant differences ($p \leq 0.05$) between men and women, only in the native population

** Significant differences ($p \leq 0.05$) between men and women in both populations

Table 2: Prevalence of fair/poor self-perceived health in immigrant men and women according to socio-demographic variables

		Men % (#)	p	Women % (#)	p- value
Age groups	16-24	8,3(5)	0,53	8,9 (5)	0,01
	25-44	10,5 (28)		15,8 (45)	
	45-64	14,1 (11)		26,7 (24)	
Social class[¥]	Class I-II-III	7 (7)	0,16	14,2 (18)	0,30
	Class IV-V-X	12 (35)		18,3 (55)	
Level of education completed	None/Primary School	14,3 (10)	0,22	24,5 (23)	0,01
	High School	11,4 (28)		16,9 (40)	
	College or university studies	6 (5)		11,1 (11)	
Marital status	Single	11,5 (16)	0,79	15,3 (19)	0,50
	Other situations	10,6 (28)		18 (55)	
Employment status	Employed/Student	9,8 (36)	0,04	16,4 (56)	0,43
	All other Situations**	21,6 (8)		20 (18)	
Type of employment contract	Self-employed	6,5 (2)	0,18	11,1 (3)	0,90
	Civil Servant	-		33,3 (1)	
	Undefined contract	6,2 (7)		16,8 (22)	
	Temporary	11,5 (11)		15,4 (10)	
	Unknown duration/ without a contract	14,9 (14)		19,5 (17)	
Concern of losing job	Extreme	20 (8)	0,32	27,3 (9)	0,28
	Significant	9 (6)		22 (9)	
	Average	9,3 (7)		15,6 (12)	
	Slight	9,7 (7)		11,1 (8)	
	Not at all	8,2 (7)		17,2 (16)	
Influence of employment conditions on daily life	Do not influence	9,1 (12)	0,00	15 (22)	0,03
	Negatively influence	26,3 (10)		33,3 (11)	
	Positively influence	7,4 (11)		16,1 (20)	
Familial burden	Yes	4,3 (1)	0,49	17,2 (35)	1
	No	11,3 (43)		17,2 (39)	
Perceived quality of environment	Very Good – Good	8,4 (24)	0,12	14,4 (41)	0,03
	Fair – Poor – Very Poor	17,7 (20)		22,7 (32)	
Area of origin	Eastern Europe	7 (3)	0,10	13,5 (8)	0,11
	Africa	13 (6)		29,6 (10)	
	South America	11,9 (35)		17,8 (63)	
	Other	-		6,5 (2)	
Length of stay in Spain	Less than 2.5 years	10,6 (9)	0,99	14,3 (7)	0,59
	Between 2.5 and 5 years	11 (12)		15,5 (20)	
	5 years or more	10,5 (22)		18,9 (47)	
zone of residence^{&}	Group 1	11,3 (20)	0,95	17,9(30)	0,55
	Group 2	10,8 (17)		18,6 (31)	
	Group 3	10 (7)		13,5 (13)	

*Separated, Divorced, Widowed; **Unemployed, Homemaker, Retired, Other

[¥]I-II: managers and university graduates; III: administrative and management support, self-employed and armed forces; IV: skilled manual workers; V: unskilled manual workers; X: Retired / pensioner or housewife who have no occupation according to the National Classification of occupation but they are backers of the household.

[&] Group 1: districts where household income less than 11,000 euro and less than 50% with greater than High School Education (HSE); Group 2: household income between 11,000 and 14,000 euro and between 50 and 60% with greater than HSE

Table 3: Logistic regression models in the Immigrant Population for the dependent variable fair/ poor Self-Perceived Health

Variables	Men			Women		
	p	OR	Confidence Interval	p	OR	Confidence Interval
Quality of environment perceived as Fair – very poor	0.030	2.23	(1.04, 4.82)	0.120	1.67	(0.87, 3.27)
Employment conditions perceived as a negative influence (precarious employment)	0.001	4.53	(1.91, 10.77)	0.017	2.87	(1.21, 6.83)
Age (16-24)	0.724	1		0.022	1	
Age (25-44)	0.547	1.59	(0.34, 7.32)	0.254	2.46	(0.52, 11.54)
Age (45-64)	0.428	1.94	(0.37, 10.09)	0.032	5.99	(1.16, 30.54)
Marital status of married/other				0.850	0.93	(0.40, 1.90)
Completed College or university studies				0.130	1	
Completed High School				0.192	1.81	(0.74, 4.40)
Completed Primary School/ No Education				0.043	2.68	(1.03, 7.01)
Area of origin: Eastern Europe				0.213	1	
Africa				0.061	4.79	(0.93, 24.93)
South America				0.172	2.23	(0.70, 7.05)

Table 4: Prevalence of fair/poor self-perceived health in native men and women according to socio-demographic variables

		Men % (#)	p	Women % (#)	P
Age groups	16-24 25-44 45-64	5.4 (20) 11.5 (132) 23.1 (184)	0.00	7.2 (26) 13.3 (156) 27.4 (264)	0.00
Social class[¥]	Class I-II-III Class IV-V Class X	11.2 (157) 19.9 (170) 23.5 (8)	0.00	13.3 (211) 26 (221) 29.3 (12)	0.00
Level of education completed	None/Primary School High School College or university studies	31.7 (85) 15 (184) 8.3 (67)	0.00	39.7 (139) 17.6 (229) 9.2 (78)	0.00
Marital status	Single Married All other situations*	11.3 (115) 16.6 (207) 27.1 (13)	0.00	11.7 (105) 20 (280) 30.8 (60)	0.00
Employment status	Employed Unemployed Student Homemaker Retired Other	11.1 (189) 29.4 (32) 6.5 (18) - 40.1 (59) 55.9 (38)	0.00	12.6 (176) 18.6 (21) 8.2 (23) 29.4 (172) 41.5 (34) 51.3 (20)	0.00
Type of employment contract	Self-employed Civil Servant Undefined contract Temporary Unknown duration/ without a contract	15.5 (37) 4.5 (5) 10.9 (120) 9.9 (16) 13.3 (10)	0.03	14.4 (16) 9.4 (12) 13.3 (114) 6.4 (10) 16.5 (22)	0.05
Concern of losing job	Extreme Significant Average Slight Not at all	22.8 (21) 17.7 (33) 8.8 (24) 5.3 (24) 12.7 (87)	0.00	12.2 (10) 12.4 (16) 12.6 (27) 10.8 (41) 13.8 (79)	0.76
Influence of employment conditions on daily life	Do not influence Negatively influence Positively influence	10.8 (65) 19.9 (54) 8.1 (61)	0.00	12.6 (55) 19.9 (44) 9.8 (65)	0.00
Familial burden	Yes No	14.6 (19) 14.6 (318)	1	18 (102) 17.9 (102)	0.95
Perceived quality of environment	Very good – good Fair – poor – very poor	11.7 (170) 20 (164)	0.00	14.7 (219) 23.2 (224)	0.00
zone of residence^{&}	Group 1 Group 2 Group 3	18.1 (166) 13.9 (124) 9.2 (46)	0.00	21.2 (207) 18.2 (173) 11.8 (67)	0.00

*Separated, Divorced, Widowed

[¥]I-II: managers and university graduates; III: administrative and management support, self-employed and armed forces; IV: skilled manual workers; V: unskilled manual workers; X: Retired / pensioner or housewife who have no occupation according to the National Classification of occupation but they are backers of the household.

[&] Group 1: districts where household income less than 11,000 euro and less than 50% with greater than High School Education (HSE); Group 2: household income between 11,000 and 14,000 euro and between 50 and 60% with greater than HSE

Table 5: Logistic regression models in the native population for the dependent variable of Fair/Poor Self-Perceived Health

Men				Women (Model 1)			Women (Model 2)			
Variables	p	OR	Confidence Interval	p	OR	Confidence Interval		p	OR	Confidence Interval
Marital status: single	0.592	1		0.019	1			0.006	1	
Marital status: married	0.435	0.84	(0.56, 1.28)	0.125	1.40	(0.91, 2.15)		0.053	1.52	(0.99, 2.34)
Marital status: all other situations*	0.386	0.60	(0.18, 1.90)	0.005	2.33	(1.29, 4.20)		0.002	2.55	(1.43, 4.57)
Quality of environment perceived as Fair – very poor	0.002	1.69	1.22, 2.36	0.017	1.50	(1.07, 2.11)		0.008	1.56	(1.12, 2.18)
Age (16-24)	0.000	1		0.091	1			0.002	1	
Age (25-44)	0.053	2.86	(0.98, 8.31)	0.448	1.42	(0.57, 3.52)		0.542	1.32	(0.53, 3.27)
Age (45-64)	0.001	6.58	(2.19, 19.72)	0.133	2.06	(0.80, 5.28)		0.060	2.45	(0.96, 6.25)
Employment conditions perceived as a negative influence (precarious employment)	0.000	2.39	(1.66, 3.44)	0.002	1.89	(1.26, 2.83)		0.002	1.85	(1.26, 2.83)
Completed College or university studies	0.000	1.00		0.000	1.00		Social Class [‡] I,II,III	0.006	1.00	
Completed High School	0.001	1.91	(1.29, 2.83)	0.005	1.72	(1.18, 2.51)	Class IV,V	0.004	1.66	(1.18, 2.35)
Completed Primary School/ No Education	0.000	2.70	1.61, 4.53)	0.000	5.10	3.01, 8.64)	Categ X	0.150	5.43	(0.52, 54.59)

*Separated, Divorced, Widowed

[‡]I-II: managers and university graduates; III: administrative and management support, self-employed and armed forces; IV: skilled manual workers; V: unskilled manual workers; X: Retired / pensioner or housewife who have no occupation according to the National Classification of occupation but they are backers of the household.

REFERENCES

1. INEbase [base de datos en Internet]. Instituto Nacional de Estadística: Demografía y población. Padrón Municipal. Explotación estadística del padrón. [citado 5 Ago 2008]. Disponible en:
<http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t20/e245/p04//a2007&file=pcaxis>.
2. Serrano-Gallardo P. Inmigración y Salud en España. Rev ROL Enf. 2007;30:727-732. Citado en PubMed; PMID 18274399.
3. INEbase [base de datos en Internet]. Instituto Nacional de Estadística: Encuesta Nacional de Inmigrantes. Resultados por comunidad autónoma. Año 2007 [citado 6 Sep 2008]. Disponible en:
<http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=%2Ft20%2Fp319&file=inebase&L=>
4. Pardo Moreno G, Engel Gómez JL, Agudo Polo S. Motivos para emigrar y principales preocupaciones de los inmigrantes subsaharianos en Madrid. Metas enferm. 2007;10:692-6
5. Parra A, Fernández Baraibar J, García López J, Ayestarán JR, Extramiana E. Mercado de trabajo, salud laboral e inmigración. An Sist Sanit Navar. 2006;29 Supl 1:S77-95.
6. Jansá JM, García de Olalla P. Salud e inmigración: nuevas realidades y nuevos retos. Gac Sanit 2004; 18 supl 1:S207-13.
7. Díaz Olalla JM. E. En: Alonso A, Huerga H, Morera J (edit). Guía de atención al inmigrante. Madrid: Editorial Ergon; 2003..
8. Bhopal R. Is research into ethnicity and health racist, unsound, or important science? BMJ. 1997;314:1751-6.
9. Rohlfs I, Borrell C, Fonseca M do C. Género, desigualdades y salud pública: conocimientos y desconocimientos. Gac Sanit. 2000;14 Supl 3:S60-71
10. García-Sánchez I. Diferencias de género en el VIH/sida. Gac Sanita 2004;18 Supl 2:47-54.
11. Rohlfs I, García M, Gavalda L, Medrano MJ, Juvinyá D, Baltasar A et al. Género y cardiopatía isquémica. Gac Sanit. 2004;18 Supl 2:S55-64.
12. Inhorn MC, Whittle L. Feminism meets the “new” epidemiologies: foward an appraisal of antifeminist biases in epidemiological research on women’s health. Soc Sci Med. 2001;53:553-567.
13. Esteban ML. El estudio de la Salud y el Género: las ventajas de un enfoque antropológico y feminista. Salud Colectiva 2006;2(1):9-2.

14. Alonso J. La medida de la calidad de vida relacionada con la salud en la investigación y la práctica clínica. *GacSanit.* 2000; 14(2):163-167.
15. Lopez R. Income inequality and self-rated health in US metropolitan areas: a multi-level analysis. *Soc Sci Med.* 2004;59:2409-19. Erratum in: *Soc Sci Med.* 2005;61:2267.
16. Kunst AE, Bos V, Lahelma E, Bartley M, Lissau I, Regidor E et al. Trends in socioeconomic inequalities in self-assessed health in 10 European Countries. *Int J Epidemiol* 2005; 34:295-305.
17. Regidor E, Martínez D, Astasio P, Ortega P, Calle ME, Domínguez V. Trends of socioeconomic inequalities and socioeconomic inequalities in self-perceived health in Spain. *Gac Sanit.* 2006; 20:178-83.
18. Borrell C, Muntaner C, Sola`J, Artazcoz L, Puigpino´s R, Benach J. Immigration and self-reported health status by social class and gender: the importance of material deprivation, work organization and household labour *J Epidemiol Community Health.* 2008;62:e7. Disponible en URL: <http://jech.bmj.com/cgi/content/full/62/5/e7>. doi:10.1136/jech.2006.055269.
19. Borrell C, Muntaner C, Benach J, Artacoz L. Social class and self-reported health status among men and women: what is the role of work organization, household material standards and household labour? *Soc Sci Med.* 2004;58:1869-87.
20. O'Campo P, Eaton WW, Muntaner C. Labor market experience, work organization, gender inequalities and health status: results from a prospective analysis of US employed women. *Soc Sci Med.* 2004;58:585-594.
21. Llacer A, Zunzunegui MV, del Amo J, Mazarrasa L, et Bolumar F. The contribution of a gender perspectiva to the understanding of migrants' health. *J Epidemiol Community Health.* 2007;61Suppl 2:ii4-ii10
22. Abraido-Lanza AF, Dohrenwend BP, Ng-Mak D, Turner JB. The Latino mortality paradox: a test of the salmon bias and healthy migrant hypotheses. *Am J Public Health.* 1999;89:1543-8.
23. Grupo Técnico de Trabajo del Ayuntamiento de Madrid. Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2004-2005 (ESCM'05) [citado 7 Ago 2008]. Disponible en: <http://www.madridsalud.es/publicaciones/encuesta-salud2005.pdf>
24. Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Epidemiología. La medición de la clase social en Ciencias de la Salud. Barcelona: SG Editores; 1995.
25. Instituto Nacional de Estadística, Clasificación Nacional de Ocupaciones 1994. CNO-94. Madrid: Instituto Nacional de Estadística; 1994.

26. Amable M, Benach J, Gónzales S. La precariedad laboral y su impacto sobre la salud: conceptos y resultados preliminares de un estudio multi-métodos. Arch Prev Riesgos Labor. 2001;4:169-84.
27. Fay MP, Feuer EJ. Confidence intervals for directly standardized rates: a method based on the gamma distribution. Stat Med.1997;16:791-801.
28. Hosmer DW, Lemeshow SA. Applied logistic regression. New York: Wiley; 1989.
29. Ruíz MT, Verbrugge LM. A two view of gender bias in medicine. J Epidemiol. Community Health. 1997;51:106-109.
30. Ruiz-Cantero MT, Vives-Cases C, Artazcoz et al. A framework to analyze gender bias in epidemiological research. J Epidemiol Community Health. 2007;61 suppl II:ii46–ii53.
31. Kunkel SR, Atchley RC. Why gender matters: being female is not the same as not being male. Am J Prev Med. 1996;12:294-95.
32. Artazcoz L, Borrell C, Cortàs I et al. Occupational epidemiology and work related inequalities in health: a gender perspective for two complementary approaches to work and health research. J Epidemiol. Community Health 2007;61;ii39-ii45.
33. Pérez G. La ley de igualdad efectiva de mujeres y hombres: un paso adelante. Gac Sanit. 2007;21:367-70.
34. Borrell C, Artazcoz L (coord). Investigación en género y salud. Barcelona: SEE; 2007.
35. Kaufman JS, Cooper RS. Commentary: Considerations for Use of Racial/Ethnic Classification in Etiologic Research. Am J Epidemiol. 2001;154:291-298.
36. Kaufman JS, Cooper RS. Kaufman and Cooper Respond to “Race, Racism and Practice of Epidemiology2. Am J Epidemiol. 2001;154:305-306.
37. Silva Aycaguer LC. Excursión a la regresión logística en Ciencias de la Salud. Madrid: Díaz de Santos; 1995.
38. Drukker M, van Os J. Mediators of neighborhood socioeconomic deprivation and quality of life. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2003;38:698–706.
39. INEbase [base de datos en Internet]. Instituto Nacional de Estadística. Indicadores sociales – Edición 2006 [citado 25 Ago 2008] Disponible en: <http://www.ine.es/daco/daco42/sociales06/sociales.htm>
40. Galdas PM, Cheater F, Marshall P. Men and health help-seeking behavior; literature review. J Adv Nurs. 2005;49:616-623.

41. Nau DP, Ellis JJ, Kline-Rogers EM, Mallya U, Eagle KA, Erickson SR. Gender and perceived severity of cardiac disease: evidence that women are “tougher”. *Am J Med.* 2005;118:1256-1261..
42. Emslie C. Women, men and coronary heart disease: a review of qualitative literature. *J Adv Nurs.* 2005;51:382-395.
43. Woodend AK, Devins GM. Gender and the care environment: influence on recovery in women with heart disease. *Can J Cardiovasc Nurs.* 2005;15(3):21-31.
44. Gallicchio L, Hoffman SC, Helzlsouer KJ. The relationship between gender, social support, and health-related quality of life in a community-based study in Washington County, Maryland. *Qual Life Res.* 2007;16:777-86.
45. Valls-Llobet C, Ojuel Solsona J, López Carrillo M, Fuentes Pujol M. Manifestación y medicalización del malestar en las mujeres. En: Observatorio de salud de la mujer del Ministerio de Sanidad y Consumo. El Programa de Formación de Formadores/as en Perspectiva de Género el Salud. Madrid; 2007.
46. Borrell C, Rohlfs I, Artacoz L, Muntaner C. Desigualdades en salud según la clase social de las mujeres. ¿Cómo influye el tipo de medida de la clase social? *Gac Sanit.* 2004;18 Supl 2:S75-82.
47. Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco. Encuesta de Salud del País Vasco 2007. Resultados. [citado 3 Sep 2008]. Disponible en: http://www.osanet.euskadi.net/r85-20321/es/contenidos/informacion/encuesta_salud_2007/es_es07/encuesta_salud_2007.html#resultados
48. Rohlfs I, Borrell C, Anitua C, Atracos L, Colomer C, Escribá V et al. La importancia de la perspectiva de género en las encuestas de salud. *Gac Sanit* 2000; 14:146-155.
49. López-Jacob MJ, Ahonen E, García AM, Gil A, Benavides FG. Comparación de las lesiones por accidente de trabajo en trabajadores extranjeros y españoles por actividad económica y comunidad autónoma (España, 2005). *Rev Esp Salud Pública.* 2008; 82:179-187.
50. Pulido-Navarro M, Noriega-Elio M. Condiciones objetivas y subjetivas de trabajo y trastornos psicofísicos. *Cad Saúde Pública.* 2003;19:269-277.
51. Walter N, Bourgois P, Loinaz HM. Masculinity and Undocumented labor migration: injured latino day laborers in San Francisco. *Soc Sci Med.* 2004;59:1159-1168.
52. Menéndez M, Benach J, Muntaner C, Amable M, O’Campo P, Is precarious employment more damaging to women’s health than men’s? *Soc Sci Med.* 2007;64: 776–781.
53. Artacoz L, Borrell C, Cortàs I, Escribà-Agüir V, Cascant L. Occupational epidemiology and work related inequalities in health: a gender perspective for two

complementary approaches to work and health research. *J Epidemiol. Community Health*. 2007;61:ii39-ii45

54. Tesch BJ, Wood HM, Helwig AL, Nattinger AB. Promotion of women physicians in academic medicine. Glass ceiling or sticky floor? *JAMA*. 1995;273:1022-5.
55. Colomer Revuelta C, Peiró Pérez R. ¿Techos de cristal y escaleras resbaladizas? Desigualdades de género y estrategias de cambio en SESPAS. *Gac Sanit*. 2002;16:358-60.
56. Baider L, Bengel J. Cancer and the spouse: gender-related differences in dealing with health care and illness. *Crit Rev Oncol Hematol*. 2001; 40:115-123.
57. García-Calvente MM, Mateo-Rodriguez I, Maroto-Navarro G. El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres. *Gac Sanit*. 2004; 18 Supl 2:S83-92.
58. Lee C, Powers JR. Number of Social Roles, Health, and Health-Being in three generations of Australian Women. *Int J Behav Med*. 2002;9:195-215.
59. Artacoz L, Cortés I, Mocada A et al. Influencia del trabajo doméstico sobre la salud de la población ocupada. *Gac Sanit*. 1999;13:201-7.
60. Korpela KM, Yle' n M. Perceived health is associated with visiting natural favourite places in the vicinity. *Health Place*. 2007;13:138-151.
61. de Vries S, Verheij RA, Groenewegen PP. Natural environments - healthy environments? An exploratory analysis of the relationship between greenspace and health. *Environment and Planning A* 2003;35:1717-1731.
62. Kuo FE, Sullivan WC. Aggression and violence in the inner city: effects of environment via mental fatigue. *Environ Behav*. 2001;33:543-571.
63. Voss U, Tuin I. Relationship of sleep quality with coping and life styles in female Moroccan immigrants in Germany. *Women's Health Issues* 2008;18:210-216.